

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1972 - N° 166

**ÉTUDE COMPORTEMENTALE
ET APPROCHE THÉRAPEUTIQUE
DE L'AGONISANT A L'HOPITAL**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 27 Septembre 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Maurice BERGER

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 28 Novembre 1946

à SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE (Savoie)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1972 - N°

**ÉTUDE COMPORTEMENTALE
ET APPROCHE THÉRAPEUTIQUE
DE L'AGONISANT A L'HOPITAL**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 27 Septembre 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Maurice BERGER

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 28 Novembre 1946

à SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE (Savoie)

U N I V E R S I T E C L A U D E B E R N A R D

- . Président de l'Université : J. BOIDIN
- . Premier Vice-Président : R. TOURAINE

. Secrétaire Général : P. IZAUTE

--- oOo ---

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE MEDECINE

GRANGE BLANCHE - Directeur : Professeur GERMAIN D.
ALEXIS CARREL - Directeur : Professeur GIROD C.
SUD-OUEST - Directeur : Professeur TOLOT L.F.
LYON-NORD - Directeur : Professeur BERTOYE A.

BIOLOGIE HUMAINE - Directeur : Docteur CZYBA R. (M.C.A.)

TECHNIQUES de READAPTATION - Directeur : Professeur MOUNIER KUHN P.

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur : M. CARRAZ M. (M.C.A.)

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur : Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE et SPORTIVE -
Président : Professeur R. GUILLET

MATHEMATIQUES - Directeur : Doyen BRACONNIER

PHYSIQUE - Directeur : Professeur DUPAY

CHIMIE et BIOCHIMIE - Directeur : Professeur GAUTHERON

SCIENCES de la NATURE - Directeur : Professeur DAVID L.

BIODYNAMIQUE et PSYCHOPEDAGOGIE - Directeur : Professeur FONTANGES

INSTITUT UNIVERSITAIRE de TECHNOLOGIE n° 1 -
Directeur : Professeur POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE de TECHNOLOGIE n° 2 -
Directeur : Professeur GAILLET

DIRECTEUR ENSAM

OBSERVATOIRE - Directeur : Professeur BIGAY J.H.

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Directeur : Professeur SARRAZIN A.

MECANIQUE - Directeur : Professeur MATHIEU

--- oOo ---

T A B L E A U D U P E R S O N N E L

PROFESSEURS TITULAIRES, PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

M. BRUN	Jacques	Clinique Pneumo-Phtisiologique
M. GIRARD	Paul	Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène Mentale
M. GUILLEMIN	Georges	Clinique Chirurgicale
M. LATARJET	Michel	Clinique Chirurgicale
M. NOTTER	Armand	Gynécologie - Obstétrique
M. PLAUCHU	Marcel	Endocrinologie et Médecine Interne
M. ROBERT	Jacques	Chaire de Génétique Médicale
M. TOLOT	François	Médecine Interne - Médecine du Travail
M. VACHON	Alphonse	Clinique Médicale - Médecine Appareil Digestif
M. VINCENT	Daniel	Chaire de Biochimie Appliquée

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. COLOMB	Daniel	Dermatologie
M. MORET	Robert	Biophysique
M. NORMAND	Jean	Cardiologie
M. PINET	Edouard	Radiologie
M. VIALIER-RAYNARD	Jean	Bactériologie - Virologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. ARCHIMBAUD	Jean-Pierre	Urologie
Mme BONNET	Mireille	Ophtalmologie
M. BOUVIER	Maurice	Rhumatologie
M. BRAILLON	Georges	Anatomie
M. BERTRAND	Jean-Louis	Maladies Infectieuses
M. CABANAC	Michel	Physiologie
M. CROISILLE	Marc	Radiologie
M. DUBOIS	Paul	Histologie
M. GILLY	Robert	Pédiatrie
M. HAGUENAUER	Jean-Paul	O.R.L.
M. JEANNEROD	Marc	Médecine Expérimentale
M. JOUVENCEAUX	André	Hémobiologie
M. LAIR	Jacques	Stomatologie
M. LAPRAS	Claude	Neuro-Chirurgie
M. LEVRAT	Roger	Médecine Interne
M. LOMBARD-PLATET	Roger	Sémiologie Chirurgicale
M. LOUISOT	Pierre	Biochimie
M. MICHEL	Albert	Anesthésiologie
M. MOLLARD	Pierre	Chirurgie Infantile
M. PALIARD	Pierre	Sémiologie Médicale
M. PERRIN-FAYOLLE	Max	Pneumo-Phtisiologie
M. REBOUILLAT	Jacques	Chirurgie Générale
M. REVILLARD	Jean-Pierre	Néphrologie
M. RIFFAT	Georges	Hygiène
M. ROCHET	Michel	Anatomie Pathologique
M. ROMAGNY	Gabriel	Pédiatrie
M. SITE	Jean	Mathématiques - Statistiques - Informatique
M. TERMET	Hubert	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. TETE	Roger	Médecine Interne

---oOo---

EXAMINATEURS DE LA THESE :

PRESIDENT : M. le Professeur P. GIRARD

ASSESSEURS: M. le Professeur M. COLIN
M. le Professeur Agrégé J. GUYOTAT
M. le Professeur Agrégé J. PASQUIER
M. le Docteur J. PELLET

Que mon père, ma tante Manyi, et mon épouse
trouvent ici l'expression de ma reconnaissance
pour le soutien qu'ils m'ont apporté durant
mes études.

Je remercie les Professeurs
Paul GIRARD, Marcel COLIN et Jean PASQUIER
d'avoir bien voulu prêter attention à ce
travail.

Je remercie plus particulièrement
le Docteur Jacques PELLET d'avoir consacré beau-
coup de temps à me guider et à me conseiller, et
le Professeur Agrégé Jean GUYOTAT dont les encou-
ragements me furent précieux.

Je voudrais pas crever,
non Monsieur, non Madame,
avant d'avoir tâté
le goût qui me tourmente,
le goût qu'est le plus fort.

Je voudrais pas crever
avant d'avoir goûté
la saveur de la mort.

Boris VIAN.

I N T R O D U C T I O N

Une des parties les plus difficiles de la médecine est de soigner ceux qui meurent. Ceux-ci représentent pour le médecin des échecs, sont source de peu de gratifications, et éveillent en lui la peur de la mort. L'étude des modifications du comportement des agonisants et la façon dont nous y réagissons peut aider à trouver comment entrer en relation avec eux.

Après un bref rappel de l'évolution de la notion de mort dans notre société occidentale, nous examinerons les modifications du comportement chez le mourant, qui sont principalement la régression, le repli sur soi dû surtout à la dépression, l'anxiété et la mise en place de mécanismes de défense. Nous concluerons sur les possibilités thérapeutiques en exposant à la fin les travaux de l'école américaine.

Ce travail résulte d'une cinquantaine d'observations personnelles, de 43 observations rapportées par divers soignants (médecins, infirmières, assistantes hospitalières, aumoniers), de cas extraits ^{d'une} ~~de~~ bibliographie surtout américaine, et d'un ouvrage retenu pour son authenticité : "Une mort très douce" de Simone de BEAUVOIR. Il s'agit uniquement de mourants, et les observations présentées n'ont été retenues que s'il y a eu mort dans une période brève suivant les faits relatés. La mort elle-même y sera d'ailleurs souvent décrite. Les cas de malades graves et de vieillards non mourants n'ont pas été retenus. La plupart des observations concernent des adultes et ont eu pour cadre l'hôpital. Elles seront relatées en grand nombre pour pouvoir servir aux personnes qui désireraient continuer à travailler sur ce sujet car cette thèse n'est qu'un début de recherche.

Ce travail ne concerne pas la mort à l'hôpital psychiatrique ni celle des malades comateux (non conscients), ni la mort subite.

N.B. - Les numéros entre parenthèses renvoient à la bibliographie.

REFLEXIONS SUR LA NOTION DE MORT DANS LA SOCIETE OCCIDENTALE

Au dix-septième siècle, le malade était toujours informé de sa mort prochaine ; souvent ce rôle revenait à son ami le plus proche. Chaque membre de la famille, y compris les enfants, défilait dans la chambre du mourant qui bénissait chacun et lui léguait une part de son avoir.

Comme le dit Philippe ARIES, de nos jours, le mourant est devenu mineur, doit faire semblant de ne pas savoir, ce que les Américains appellent "an acceptable style of living while dying", doit éviter les "status forcing scenes", c'est-à-dire les scènes de pleurs, de désespoir, etc..., causes de "l'embaras-singly graceless dying", ne doit pas parler de la mort, ne pas la rendre présente dans ses rapports sociaux. On refuse ainsi au malade d'échanger des émotions et en même temps de communiquer.

La mort est devenue tabou. Dans notre société où généralement les buts poursuivis sont plus matériels que spirituels, rien du "moi" ne survit à la mort. La mort égale la fin, ce qui est une idée difficilement supportable. Nous savons tous que nous allons mourir mais agissons comme si cela ne devait jamais se produire, et nos enterrements deviennent de plus en plus discrets et rapides.

Les litanies de la vieillesse disent "Préservez nous, Seigneur, d'une mort subite imprévue, du malheur de mourir sans recevoir en pleine connaissance les sacrements". De nos jours, si l'on pose la question du choix d'un mode de mort, beaucoup de nos contemporains préfèrent une mort rapide, subite, imprévue.

Cette étude sur les mourants n'est valable que dans le cadre de cette société. Elle ne l'est peut-être pas dans une autre civilisation et ne le sera peut-être plus dans la nôtre dans quelques décennies.

LES MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT CHEZ LE NOURANT

La régression, le repli sur soi et l'anxiété semblent tous trois dûs à des facteurs exogènes d'une part, qui sont l'attitude de l'entourage familial et médical, la maladie et ses soins, et des facteurs endogènes d'autre part, c'est-à-dire le fait de mourir en lui-même. Ces trois traits de comportement ne sont pas indépendants mais s'intriquent, l'un causant souvent l'autre.

I - LA REGRESSION

Elle n'est pas constante. Elle se voit chez tout malade mais est rarement aussi profonde que chez les mourants.

A - Ses Manifestations

Elles sont variées.

a) Le malade appelle sans arrêt, dès qu'on s'éloigne, a besoin d'une infirmière à ses côtés (présence maternelle), s'y accroche. Pour qu'elle vienne plus souvent, il réclame à boire, et ne boit que quelques gouttes, demande la bassine et ne fait rien. Cette conduite est sans doute aussi motivée par la peur d'être seul.

Il devient tyrannique comme un enfant, exigeant la satisfaction de très nombreux désirs et que cette satisfaction soit immédiate, se montre jaloux ou méchant de façon puérile.

Cas n°I

Monsieur D. est un arménien de 60 ans atteint d'un cancer du poumon. Il appelle sans arrêt, est méchant et médisant. Il se plaint sans cesse, devient de plus en plus sale, crache par terre. A un moment où il va très mal, il essaie de partir chez lui. A cette époque, il dit : "Regardez comme je suis, je vais crever" et "je voudrais avoir du fric, je m'achèterais une petite femme qui s'occuperait de moi sans arrêt".

Il ne s'alimente plus. Lorsqu'on lui adjoint un compagnon de chambre moins malade, il en est très jaloux et se cache le visage avec son drap pour ne pas le voir.

Comme il ne s'améliore pas et trouve que je le soigne mal, il demande à voir le patron à plusieurs reprises. Celui-ci vient et demande un examen biologique complémentaire qui est normal. Puis il s'améliore un peu mais continue à n'avoir de rapports avec les autres que sous forme de récriminations.

"Aujourd'hui, ça va bien" dit-il d'un air écouré.

Deux jours avant sa mort, il déclare : "Cette fois, c'est la bonne, je vais mourir". La veille de sa mort, il est épuisé, n'ayant ni force de se servir à boire, ni celle de récriminer.

Cas n° 2

Madame T., 82 ans, fait une défaillance cardiaque lors d'un infarctus du myocarde, avec sub OAP. Elle est alors inaccessible à notre langage ; ce qu'on dit glisse sur elle sans l'atteindre. Elle essaie de partir chez elle, refuse la nourriture, mais répète souvent : "Je voudrais du lait comme un enfant".

Cas n° 3

Monsieur V., 40 ans, qui a une tuberculose pulmonaire très étendue, meurt d'insuffisance respiratoire et de troubles hydroélectrolytiques. Il sonne sans arrêt, est tyrannique, veut être vu par le patron, ne prend pas son traitement, arrache sa sous-clavière, ne tient pas compte de ce qu'on lui dit et met l'oxygène à 14 litres par minute en permanence. Il a des expressions d'enfant gâté et devient vert de jalousie lorsqu'on passe l'oxygène quelques instants à son voisin qui est aussi insuffisant respiratoire.

Il est immobile, sans conversation. Il meurt au cours d'un collapsus.

b) Le mourant devient sale, crache par terre, et défèque au lit alors qu'il n'est pas incontinent et pourrait appeler l'infirmière.

Cas n° 4

Monsieur D., 60 ans, a un énorme ulcère de jambe infecté et des hémoptysies à répétition. Il a commencé à s'aggraver quand

on a mis à côté de lui un "gros malade dégoûtant" puis un mourant. Il dit : "je voudrais me réveiller mort demain". Sa famille ne vient plus le voir et il s'en plaint. Il n'ouvre pas son courrier, on lui l'ouvre. Il ne parle pas spontanément, mais répond seulement. Quand il s'exprime, c'est de son intestin qu'il parle. Il est somnolent mais conscient, se rendant compte qu'il présente parfois des épisodes confusionnels.

Il défèque au lit et met du caca partout. A une infirmière qui le gronde de sa saleté, il répond : "Vous êtes dure".

Les derniers jours, il est résigné, lucide, et manifeste son contentement par un sourire lorsqu'on lui donne un chapelet, puis il n'a plus la force de prier.

Cas n° 5

Monsieur C., 65 ans, a un cancer de l'estomac avec des métastases pulmonaires et une maladie de Parkinson. Il est dans le service depuis un mois et demi et s'aggrave progressivement. Un jour, il a essayé de rentrer chez lui bien qu'il soit très faible. A part cet épisode, il est immobile, somnole sans arrêt, a une conversation pauvre, sauf si on la provoque car il ne demande rien spontanément. Plus tard, il s'est mis à déféquer au lit bien qu'il ne soit pas incontinent, ne se donnant pas la peine d'appeler les infirmières avant de salir son lit. Après cette période, des entretiens, dont quelques extraits sont cités, eurent lieu avec lui, tous les deux jours pendant un mois.

Lors du premier entretien, il dit qu'il ne s'ennuie pas, bien qu'il soit immobile toute la journée, qu'il n'a envie de rien faire, et qu'il attend d'aller mieux. Il préférerait être chez lui qu'à l'hôpital et il n'aurait pas peur d'être seul chez lui. Quand je lui demande comment il va, il répond "mal" sur un ton un peu agressif. Il ne pose pas de questions sur sa maladie et sur ses traitements, ne s'alimente plus.

Je propose à tous les malades de la chambre de faire

l'A T 9 (test projectif) pour qu'il ne se rende pas compte que c'est le sien qui m'intéresse spécialement ; il accepte, mais les jours suivants, il sera le seul à en refuser la réalisation.

Il déclare à une infirmière : "Ca irait mieux si ce n'était pas ma jambe". Il a une phlébite. Vu son état, de l'avis de toute l'équipe soignante, il lui reste quelques jours à vivre.

Deuxième entretien - Comme la dernière fois, il dit avoir des rêves et s'en souvenir, mais quand je le questionne sur leur contenu, il répond : "Des conneries". Il est énervé, en partie parce qu'il est tout le temps allongé. Il est content d'avoir marché aujourd'hui, ce qu'il a pu faire grâce à l'aide des externes, et espère recommencer demain. A part ça, il dit être très fatigué et ne répond que par oui ou par non. Un traitement antidépresseur est mis en route (Tofranil).

Troisième entretien - Monsieur C. cache son sexe quand j'arrive ; il parle très peu, répondant à côté sauf pendant des moments de lucidité, déclare se lever et lire le journal, ce qui est faux, et dit "que ça ne va pas fort".

Cinquième entretien - Monsieur C. s'est beaucoup amélioré, a l'oeil plus vif, est plus expressif, a mangé sans aide. Pour la première fois depuis son entrée dans le service, il y a deux mois, il prend l'initiative de la conversation ; il est un peu euphorique, et a prononcé parfois des paroles insensées, ce qui pose le problème d'une métastase cérébrale. Quand je lui demande pourquoi avant son hospitalisation, il est resté seul enfermé chez lui pendant un an, en ne mangeant presque pas, il répond : "J'avais le cafard. Je l'ai moins maintenant".

Son fils vient de réussir à récupérer sa pension et s'intéresse moins à son père maintenant

Devant les infirmières, Monsieur C. est toujours nu, repousse ses couvertures quand on les lui remonte, se tripote sans arrêt le sexe. Il n'a pas d'érection.

Septième entretien - Monsieur C. se sent emprisonné dans les barrières mises autour de son lit car il a chuté la nuit. Il dit hargneusement à son voisin "T'as une peur du diable d'enlever ces barrières, hein". Une autre fois, montrant la barrière du fond du lit, il lui dit : "Ouvre la porte". Il voudrait marcher mais une fracture spontanée du col du fémur l'en empêche. Depuis quatre jours, il est lucide.

Huitième entretien - Après une discussion banale, il dit tout d'un coup : " Quand aura lieu le changement ? Quand irai-je là bas ? " Je demande de quoi il parle. Il semble avoir une idée précise mais n'arrive pas à l'exprimer. Quand je pars, il me rappelle : "Alors, pour le changement, comment se passera le transfert et les papiers ? Ah, c'est vrai, les papiers, ça se fait tout seul". Je demande où il veut aller. Réponse : "Je ne veux aller nulle part".

Le soir, il dit aux infirmières : "Faites ma toilette à 7 heures demain car les soldats vont venir". Il a pissé au lit et en a été un peu gêné vis à vis de l'infirmière.

Neuvième entretien - Il dit qu'il n'est pas brillant, fait des reproches à son fils et son voisin présents : "Je savais bien qu'ils me mettraient en retard". Il demande si l'assurance n'a pas fait de difficulté. Il termine l'entretien par : "On va voir en arrivant là bas".

- Où ? dis-je.

- A Venissieux. (banlieue de Lyon).

Au cours des entretiens suivants, il se montre toujours inquiet pour sa demande de transfert. Il est très expressif, parle spontanément, sourit aux infirmières, délirant parfois sur le thème du départ.

Un jour, il refuse les perfusions, prétextant que j'aurais dit que tout est fini.

La dernière fois, que je le vois, il me dit qu'il va partir en maison de repos. On vient de le lui apprendre. (Il ne savait pas qu'on faisait des démarches pour le muter). Il n'est

pas mécontent mais dit : "J'étais bien ici". Il y part et y meurt trois semaines plus tard.

Cette observation, en plus des éléments régressifs, contient d'autres faits intéressants qui seront repris plus loin.

- l'amélioration inattendue pour tous au fur et à mesure des entretiens, et sous Tofranil, chez ce malade isolé et sans doute déprimé.

- les idées sur un départ proche, exprimées de façon délirante, peuvent être interprétées comme l'intuition de sa mort ou de son transfert.

c) Le malade se met en colère, accuse l'entourage de ne pas faire assez d'efforts dans sa lutte contre la maladie, de mal appliquer les soins, reproche à son médecin un manque de compétence. On peut interpréter cette colère de deux façons :

- colère irrationnelle due à la déception devant la résurgence du désir enfantin d'avoir un père omnipotent, (ou une mère omnipotente), en l'occurrence le médecin.

- colère contre le médecin qui ne le guérit pas.

Nous reviendrons sur le fait que le malade qui se sent agressif contre le médecin ne peut pas l'agresser directement car il en a besoin. Cette frustration d'une part, la possible transformation de cette agressivité en auto-agressivité d'autre part, peuvent être parmi les causes de la dépression.

d) A l'opposé, l'abandon total au médecin jusqu'à la fin est une autre forme de régression.

Cas n° 6 (22)

Cette jeune femme, mariée, mère de trois enfants, mourant d'un cancer, présentait une dépression. Durant les deux derniers mois de sa vie, un psychiatre vint la voir vingt minutes tous les jours à cause de sa dépendance et de son besoin d'une aide continuelle. Plus elle s'affaiblit, plus elle régressa, plus ses pensées à propos de ses sentiments oedipiens mal résolus devinrent préoccupantes. Son père, âgé de 80 ans était toujours vivant et quand elle était enfant, elle s'était sentie rejetée par lui à cause de sa féminité.

Quarante huit heures avant sa mort, elle devint très agitée et l'on fit venir le psychiatre auquel elle dit avoir eu un cauchemard dans lequel elle assassinait quelqu'un. Le psychiatre suggéra que c'était son père. La patiente dit que oui et se mit à pleurer. Le rêve lui fut interprété comme il l'aurait été pour un enfant de 4 ans : quand il est frustré, un enfant se met en colère et souhaite que ses parents disparaissent temporairement, et la mort, pour un enfant n'est qu'une disparition, qu'un enlèvement temporaire. Cette simple explication suffit et la malade se détendit puis s'endormit. L'interprétation avait été adaptée à son niveau de régression, et efficace. Elle mourut le lendemain.

e) Il est fréquent que le malade appelle sa mère avant de mourir. C'est aussi une façon de la rejoindre.

Cas n° 7

Ce malade de 73 ans fait un oedème aigu du poumon suivi d'un collapsus. Il est très dyspnéique et angoissé. Ses dernières paroles avant de devenir inconscient sont : "Maman". Quelques secondes après : "J'arrive". Puis : "Il pleut" ou "il pleure" (?). Il meurt ensuite.

B - Les causes de la régression

a) La maladie : Elle est ici extrêmement grave, force le malade à lâcher définitivement les positions qu'il occupait dans toutes ses activités. Il n'a plus de fonction dans la société, il ne pourra plus jamais faire ce que font les adultes.

D'autre part, être malade a une signification inconsciente ; c'est se faire mal, se punir. En compensation (ou en réaction), on s'offre des plaisirs le plus souvent régressifs.

Notons qu'être malade, c'est aussi, inconsciemment, être attaqué de l'extérieur.

b) L'état de dépendance

Vu la baisse importante des forces du malade, il doit être lavé, torché, nourri, bordé. Il ne peut pas se déplacer.

Des manifestations excessives d'indépendance peuvent marquer une peur de la dépendance.

Cas n° 8 (22)

Ce malade de 40 ans, mourant d'un cancer du poumon, présentait des douleurs nécessitant des doses énormes d'antalgiques et réagissait à cette dépendance en devenant farouchement indépendant, manifestant par ailleurs de la colère vis-à-vis des médecins à cause de sa situation. Le psychiatre appelé auprès de lui l'encouragea à parler de sa colère en lui disant que d'autres personnes dans sa situation en avait éprouvé du ressentiment. Il fut soulagé de savoir que c'était normal d'être en colère, et exprima peu à peu sa peur de ne plus contrôler la situation. Au cours d'un entretien, il dit qu'il souhaitait qu'une autre personne soit en train de mourir dans son lit, à ses côtés, et il avait honte de cette pensée, mais l'attitude non rejetante du thérapeute lui permit d'être soulagé. Ce dernier lui enseigna des techniques de relaxation et le fait qu'il puisse faire quelque chose pour lui-même lui donna le sentiment de mieux contrôler la situation. Le résultat de ces divers facteurs fut qu'on put diminuer les doses d'antalgiques.

Le psychiatre venait régulièrement mais sans horaire fixe, seulement quand il se sentait disponible pour ce malade.

c) L'environnement

- un
- 1 - l'hôpital où le malade perd son identité, devient un numéro.
 - 2 - l'énorme structure d'un service d'urgence favorise aussi la régression.
En cardiologie, par exemple, un malade grave a, dès l'entrée, une sous-clavière, des électrodes en permanence car il est sous scope, etc... Ceci est en même temps une prise en charge et peut diminuer l'angoisse du malade.
 - 3 - l'attitude de l'entourage.
Même si tous les signes que les autres attendent la mort sont présents : paravent, changement de

pièce, prise fréquente de la tension, famille en pleurs, rien n'est dit, ou si le malade demande des informations, les réponses sont du genre "Ne vous en faites pas", ou "ce ne sont pas des choses à dire, ne dites pas de bêtises" (quand le malade dit qu'il va mourir). Ou même "Vous allez mieux". Ceci infantilise le malade. Il reçoit mêmes réponses qu'aux questions sexuelles que pose un enfant. Comme il a été dit plus haut, la mort, au même titre que le sexe, est un tabou.

- d) Le malade n'a plus d'énergie à investir dans le surmoi, aussi se laisse-t-il aller à des conduites infantiles.

D'un point de vue psychanalytique, la régression, dans tous ses aspects (topique, économique et dynamique) entraîne une modification du surmoi, ici un surmoi prototypique (surmoi archaïque de formation antérieure au surmoi oedipien), mais on pourrait aussi penser que l'énergie nécessaire aux contrinvestissements diminue d'où apparition des représentants de pulsion. (Chacun de nous a en lui une énergie libidinale qui est investie dans des pulsions archaïques, anales, orales etc... et dans des contrinvestissements, comme les sublimations de ces mêmes pulsions par exemple.

- e) L'angoisse.

Devant cette angoisse, le malade utilise les techniques employées comme enfant dans les situations non familières.

"Dans sa solitude, dans son angoisse, le malade, pour survivre, doit avoir foi en son médecin (mis en position parentale), en la toute-puissance et l'efficacité de la médecine" (BURLoux, 15). Ce pourquoi il régresse. En régressant, le malade devrait fusionner de plus en plus avec son médecin si celui-ci est prêt à l'accepter.

- f) La menace de la dépression

La régression peut éviter de se déprimer.

Comme on le voit, la régression permet de réintégrer les limites d'un "moi" qu'on sent flageolant. En tant que mécanisme de défense, elle est donc à respecter.

Dans la régression, il y a repli sur soi, ce qui nous amène à parler de ce deuxième grand trait de comportement.

II - LE REPIIEMENT SUR SOI

A - Description

Il est constant, à des degrés plus ou moins importants. Le malade, surtout dans les cas aigus, n'est pas accessible à notre langage, à notre raisonnement, n'est plus rassurable alors qu'il l'était avant. Il donne l'impression de vivre dans un monde à part avec lequel il est difficile d'entrer en communication. Il ne manifeste plus d'intérêt pour ce qui se passe autour de lui, se montre passif à l'égard des médecins, de sa famille, des traitements, est sans expression, sans conversation élaborée, las. "Il se laisse aller" dit l'entourage. Souvent, il est somnolent. Parfois, il n'existe de communication que par le regard.

Cas n° 9

Agé de 55 ans, atteint d'un cancer du poumon, ce restaurateur, gros mangeur et obèse, éthylique, diabétique, présentait un syndrome de compression médiastinale : compression de la veine cave supérieure, dysphagie, dyspnée, paralysie récurrentielle. A l'entrée, les médecins hésitent à le mettre au régime pour diabétiques, vu qu'il n'en a plus pour longtemps, mais le malade a dans sa chambre des pots de miel, de confiture, du beurre, des boîtes de biscuits, des gâteaux, du jambon, etc... Il mange salement mettant de la nourriture partout, grignotant sans cesse, 24 heures sur 24, et mangeant peu du même aliment à la fois : un peu de jambon, puis un peu de confiture, etc... Un jour, les médecins essaient de lui retirer sa nourriture. Il se met en colère et dit : "Je ne suis pas un gosse, je sais ce que j'ai à faire et le fais en toute connaissance de cause". A cette occasion, il a montré qu'il était conscient de son état. Il abandonne alors l'optimisme dont il faisait preuve pour devenir plus réaliste, plus critique. S'il n'a jamais dit qu'il allait mourir, il constatait qu'il ne s'améliorait pas, sans angoisse apparente malgré ses souffrances. Les médecins se sont sentis coupables d'avoir essayé de retirer sa nourriture. Fait rare, il a mangé

jusqu'au dernier jour.

Il se promenait sans arrêt, tard le soir, cherchant à lier conversation, ne s'attachant pas à un malade mais multipliant les contacts sans qu'ils soient profonds, répétant ainsi son attitude vis à vis de la nourriture.

Il n'a jamais voulu être seul, et lorsqu'à la fin, il fut mis dans une chambre à un lit, il fit plus d'allusions à son état et alla dans les autres chambres, ce dont les malades se plaignaient. Alors que chez lui, depuis sa maladie, comme il se levait souvent la nuit, il vivait dans une roulotte pour ne pas déranger les voisins par le bruit de ses pas.

Célibataire, il était très attaché à sa concubine qui lui manquait beaucoup. "Sans elle, je serais déjà mort", disait-il, ce qui montre l'importance de l'isolement.

Au fur et à mesure qu'il approchait de la mort, il refusait les examens, déclarant que c'était inutile, tout traitement sauf les antalgiques, disant "laissez moi tranquille" ; il mangeait de plus en plus salement (et des malades demandèrent à quitter sa table, ce dont il dut s'apercevoir), ne se rasait plus. Personne n'a assisté à sa mort survenue la nuit.

Dans ce cas, on voit que malgré des contacts multipliés mais superficiels, ce malade se replie sur lui sur la fin de sa vie, vis à vis des médecins en refusant les traitements et des malades en les éloignant de lui.

Cas n° 10

Cet homme de 70 ans, éthylique, diabétique, mourut d'un syndrome purpurique. Bien conscient à l'entrée, il devint de plus en plus somnolent mais se réveillait de temps en temps, et si, au début, il était content d'avoir quelqu'un à qui parler car cela lui permettait d'obtenir la satisfaction de ses besoins (qu'on lui donne à boire, etc...), progressivement il ne prit plus l'initiative de la conversation, paraissant ne pas avoir

envie de parler, et quand on le tirait de sa somnolence pour lui adresser la parole, d'après ses grognements, il semblait même qu'on le dérange. Il était toujours nu, disant qu'il avait chaud, urinait au lit alors qu'il ne le faisait pas à l'entrée. Il fallait l'alimenter.

Il n'a pas reçu de visite et n'a pas ouvert une lettre que des voisins lui ont écrite.

Lorsqu'il a dit : "Je ne m'en sortirai pas", sur le ton d'une constatation, la réponse du médecin fut que si.

Selon l'expression du médecin : "Il est passé tout seul, sans lutter". Il est mort une nuit sans témoin.

Cas n° 11

Cet homme de 45 ans entre sur ses pieds, en bon état, au pavillon d'urgence, pour une douleur thoracique due à une dissection aortique d'après la lettre du médecin traitant, diagnostique faux d'après l'interne de garde. Il dit : "J'ai peur, j'ai la trouille", puis il lit. A cinq heures du matin, il est réveillé par la violence de sa douleur thoracique et a une peur intense. On s'aperçoit à ce moment qu'il s'agit bien d'une dissection anévrysmale aortique et le chirurgien de garde pense qu'il ne sert à rien d'intervenir. Le malade, qui n'est pas au courant des décisions médicales, se rend cependant compte qu'il va mourir et, à partir de ce moment, n'attend plus rien des médecins, se tourne de côté, replié en chien de fusil, conscient, n'exprimant plus son angoisse. Cinq minutes avant sa mort, il ne dit rien à sa concubine venue le voir.

On remarque deux faits dans cette observation.

- au début, ce malade intelligent a eu un bon contact avec l'équipe soignante, d'autant plus que celle-ci avait une attitude paternaliste, sûre de l'erreur de diagnostic, protégée par l'arsenal thérapeutique. Puis il devint prostré, recroquevillé, ne communiquant plus.

- lorsque le diagnostic a été établi et que l'équipe a vu qu'on ne pouvait plus rien faire, on a oublié ce malade qui montrait aux médecins leur impuissance et l'on s'est aperçu après son décès qu'on ne lui avait même pas administré d'antalgiques.

Cas n° 12

Lors de ses deux premières hospitalisations, cet homme de 50 ans qui allait décéder plus tard d'une hémorragie digestive d'origine ulcéreuse, s'était montré très gentil, allant remonter le moral des autres malades, discutant volontiers avec les infirmières. Il était alors heureux que sa famille vienne le voir tous les jours, et déclarait vivre pour ses petits-fils.

Lors de la troisième hospitalisation, il entre en disant : "Ce coup-ci, je ne m'en sortirai pas", alors que ceci n'était pas certain du point de vue médical. Il ne se lève plus, ne s'alimente pas, ne veut plus que l'on s'occupe de lui, disant "Foutez moi la paix". Son mutisme est quasi total vis à vis des soignants et de la famille qui, gênée par cette attitude, vient de moins en moins, ce dont il ne se plaint pas.

On peut remarquer deux faits.

- d'une part, il a semblé légèrement content lorsqu'on lui a dit que l'origine de ses hémorragies était un ulcère et non un cancer.

- d'autre part, son mutisme fut interrompu un instant pendant lequel il raconta sa vie à une infirmière.

Cas n° 13

Les dix derniers jours de cette petite fille de 4 ans atteinte d'une leucémie aigüe seront relatés dans les termes qu'a utilisé l'interne qui s'occupait de l'enfant.

Elle était laissée en liberté dans le service, ce qui contribuait à son équilibre car elle avait un traitement rigoureux qui fut, à la fin, réduit au maximum. Elle s'étonnait de voir saigner ses gencives mais en semblait peu inquiète. Elle était entourée de plus d'affection car elle allait mourir, était gaie, jouait avec les autres.

Mais les quatre derniers jours, elle ne jouait plus, ne mangeait plus, était seule dans son lit, s'isolant, ne regardant plus ses livres d'images, ne posant pas de question,

communicant moins ; elle réagissait moins à tout, était moins sensible aux cadeaux de ses parents. Elle avait quelque chose de tendu : elle ne répondait pas aux questions qu'il fallait répéter, préoccupée entièrement par sa maladie, se rendant compte d'être plus malade que les autres, se plaignant de douleurs et de saigner.

Elle réclamait plus souvent ses parents, était contente de les voir, en particulier sa mère qui dormit à côté d'elle les derniers jours et elle s'intéressait à ce que celle-ci lui racontait sur sa famille.

Les médecins allaient de moins en moins voir l'enfant, ayant la sensation d'être inutiles, d'entrer dans un monde qui ne les concernait pas.

Elle décède une nuit d'hémorragies diffuses sans angoisse. On peut remarquer que l'enfant mourant semble plus entouré que l'adulte dans la même situation.

Cas n° 14

Ce récit de la mort d'un père de 10 enfants est intéressant car il se situe dans un cadre familial apparemment uni, et non à l'hôpital, le malade désirant rester chez lui car il était mieux au point de vue moral.

Agé de 66 ans, il fit une hémiplegie en mai 1968, suivie plusieurs jours après d'un oedème aigu du poumon. C'est alors qu'il s'est rendu compte qu'il allait plus mal et a dit : "Cette fois va peut-être être la bonne", ajoutant qu'il allait mourir, qu'il s'y préparait, et que ce n'était plus la peine que l'on continue la kinésithérapie (pour qu'il récupère sa motricité) alors qu'il la faisait volontiers avant l'oedème aigu du poumon.

Il était très croyant et s'est alors plus soucié des questions religieuses, discutant en tête à tête avec son frère prêtre qui, comme son épouse, ne lui cachait pas qu'il allait mourir, à la différence de sa fille, interne des hôpitaux, à

laquelle il répondait : "Les médecins disent toujours non".

A la fin, la religion était la seule valeur qui restât importante pour lui. Etant commerçant, il ne se préoccupait plus de son travail. Il n'éprouvait plus d'intérêt pour les événements de Mai 1968 alors qu'il les suivait au début de sa maladie, mais a remarqué que sa belle-fille, enceinte, venue le voir, avait l'air fatiguée et a confié sa femme à ses enfants pour qu'elle ne reste pas seule.

Lors de l'hémorragie digestive terminale (meloena), il n'était pas angoissé mais avait envie que ça finisse vite, puis devint somnolent, répondant aux gens sans les regarder.

On voit que, dans ce cas où la mort semble avoir été acceptée de la part du malade et de la famille, il y a certes eu un rétrécissement du champ des intérêts mais le malade est resté très ouvert, au point de remarquer l'air fatigué de sa belle-fille.

Cas n° 15

Quelques extraits du livre de Simone de BEAUVOIR "Une mort très douce" où elle décrit la mort de sa mère atteinte d'un sarcome intestinal termineront les exemples de "repli sur soi".

Cette femme exprimait ainsi sa régression : "C'est un devoir de se soucier de soi, donc il faut s'abandonner à ses désirs, à ses plaisirs" ou encore "Quand je m'endors, je m'endors dans des jupons" et au médecin "Vous êtes content de moi ?".

Un jour, elle a une sensation de destructuration. Portant sa main à son visage, elle le vérifiait : "J'avais l'impression que mes yeux étaient au milieu de mes joues et mon nez de travers, tout en bas de ma figure".

Un autre jour, elle fait un cauchemard où elle est dans un drap au-dessus d'un trou et elle a peur de tomber dans le trou. Une autre fois, elle rêve qu'on la met dans une boîte.

Elle ne demande pas de miroir, alors que d'habitude, elle est soucieuse de son apparence.

Sur sa fin, elle est angoissée une nuit, suppliant "ne me laisse pas partir". Ensuite, elle est décrite comme perdue en elle-même, n'aimant guère qu'on l'en éloigne. A propos des visites d'amis, elle dit "ça m'est égal" alors qu'elle les aimait au début, puis "Ce qui m'inquiète, c'est que tout m'est égal. Moi, je ne sais plus si j'aime personne".

Elle sommeille alors de plus en plus souvent. A un moment, elle se sent mieux, est agitée et dit "Tu t'en vas et tu nous quittes". "Il faut réserver la mort "puis" Je ne veux pas mourir... mais tu es guérie". Et elle meurt.

Comme nous allons donc le voir, le repli sur soi est dû à des causes extérieures mais il semble aussi faire partie du processus de l'agonie, du moins dans tous les cas observés lors de ce travail.

B - Causes du repli sur soi

a) La cause la plus importante est la dépression

1 - Exemples

Presque tous les mourants sont en effet tristes, avec un ralentissement des processus intellectuels et de l'activité motrice, mais n'expriment pas de sentiment de culpabilité à la différence de beaucoup de dépressions psychiâtriques. (Nous verrons plus loin le problème de la culpabilité à la lumière des psychothérapies de mourants). Cette dépression ne saute pas aux yeux car très peu de gens discutent avec les agonisants. Elle apparaissait déjà dans les cas n° 5 et 7.

Cas n° 16

Monsieur G., 73 ans, présente une carence en acide folinique dont on ignore l'étiologie et il s'aggrave de jour en jour. Il ne dit rien habituellement sauf quand je vais discuter avec lui, de bouche à oreille car il est très faible et a à peine

la force de chuchoter. Il dit : Ca vit, ça meurt. Je ne suis ni mort ni vivant". Je demande qu'est-ce qu'être vivant, alors. "Etre vivant, ce n'est pas être en train de mourir".

Quelques jours après, il dit être déprimé. On lui perfuse deux ampoules d'Anafranil par jour ; deux jours après, il devient anxieux, demandant qu'un médecin lui fasse un examen général, et un matin, il dit avoir eu très peur la nuit, car il a rêvé qu'il nous disait adieu. La nuit suivante, il éprouve le désir de se lever et le lendemain, il est inquiet car il n'a pas pu se mettre à genoux dans son lit. On lui prescrit un anxiolytique.

Trois jours avant sa mort, il est de plus en plus déprimé, triste et pratiquement inaudible, rendant impossible toute conversation prolongée. Quand je lui demande s'il est triste à cause de son état, il dit : "Non, c'est parce que je suis enfermé dans des barrières et je ne peux pas sortir". (Il y a effectivement des barrières de chaque côté de son lit).

Le lendemain, à ma question "Ca va ?" il répond : "C'est fini". Je constate : "Vous allez effectivement mal". Il ne désire pas partir chez lui vu son état. Il est abandonné par sa femme et ses enfants.

Il décède alors que je suis en congé.

2 - Causes de la dépression

- la perte

Ø Perte de soi (ou du moi). Mourir est équivalent à une dissolution : dissolution de toutes les façons familières d'agir ou de penser, dissolution de notre corps : c'est-à-dire la perte de ce à quoi on est le plus attaché.

Ø Perte des relations avec les autres.

De même qu'il existe une relation de deuil chez le survivant lors de la perte d'un être cher, de même, d'après ALDRICH, il existerait une réaction de deuil encore plus grande chez le mourant qui perd

tous les êtres qui lui sont chers. On pourrait en conclure que meilleures sont les relations avec les autres, plus il est dur de mourir. Mais ALDRICH estime que ceci est modéré par le fait que les gens qui ont pu établir de bonnes relations avec les autres ont une personnalité plus adulte que ceux qui n'ont pu établir de liens, et supportent mieux la frustration de la séparation. Nous verrons plus loin que WEISSMANN et HACKETT ont observé un désir tenace de mourir chez des gens n'ayant jamais pu établir de relations avec les autres.

Il apparaît donc que le sentiment de perte et la tristesse qu'il entraîne dépendent de la personnalité du mourant et de ses mécanismes de défense. Nous y reviendrons.

Ce sentiment de perte n'existe que parce que le mourant a connaissance de sa mort.

- la connaissance de la mort

HINTON, au cours d'un travail précis, a suivi pendant six mois par des entretiens, 121 mourants et 121 malades témoins atteints d'une affection grave et présentant des symptômes semblables ; par exemple, il suivait simultanément une personne ayant un cancer du poumon dyspnéisant et un insuffisant respiratoire chronique, etc... Il apparut que 80 % des malades savaient qu'ils allaient mourir, cette connaissance augmentant beaucoup dans la dernière semaine de vie. Il existait une augmentation parallèle de cette connaissance, de la dépression et de l'anxiété. Dans les observations recueillies personnellement, au moins 75 % des mourants manifestent leur connaissance de la mort sous des formes variées.

Ø Soit ils disent qu'ils vont mourir.

Dans les épisodes graves aigus, quand un malade

dit qu'il va mourir, ceci se produira de façon beaucoup plus fréquente que chez les malades qui n'ont pas cette prémonition. Dans un service d'urgence cardiologique, presque tous les malades qui prévoient leur mort décèdent.

Cas n° 17

Au cours d'une épuration, un insuffisant rénal de 25 ans dit au médecin : "Tiens mon vieux Guy, tu ne peux plus rien pour moi". Il fait un arrêt cardiaque inattendu trois quart d'heure après.

Cas n° 18

La veille de sa mort, cet homme de 70 ans, atteint d'un myelome, me dit : "Il faut que les choses se fassent". Quand je répète sa phrase interrogativement, il répond : "C'est-à-dire que par la médecine ... les forces reviennent petit à petit". Puis il ajoute : "A partir du moment où j'ai arrêté de travailler, j'étais un homme mort". Devant mon étonnement, il dit : "Je ne suis pas mort, bien sûr".

Ici, la connaissance de la mort est exprimée de façon ambiguë, peut-être pour ne pas provoquer de réaction de la part de l'entourage.

Parfois l'annonce de la mort est faite sous une forme délirante (cf cas n° 5, 57).

Ø Soit il existe une modification du comportement.

On est étonné de voir la fréquence avec laquelle les mourants se lèvent la veille de leur mort, malgré leur épuisement, pour essayer de rentrer chez eux, rappelant ainsi le comportement de certains animaux (cimetières d'éléphants, animaux qui meurent dans leur territoire). Les femmes de service disent "que quand le malade déménage", il n'en a plus pour longtemps. Ceci rappelle le mieux-être que l'on observe parfois la veille du décès. Il existe en particulier

plusieurs cas de malades psychiâtriques qui s'améliorent peu avant leur décès. J.P. KLEIN cite des schizophrènes qui sortent de leur mutisme et deviennent lucides peu avant leur mort. Il en rapproche le rôle mobilisateur de la situation agonique des cures d'insuline.

Cas n° 19

A l'hôpital psychiâtrique, une malade démente dit peu avant sa mort : " J'ai conscience que je vais mourir, donnez-moi mon argent".

Cas n° 20

Une malade, avec qui le psychiâtre n'a jamais pu parler, dit : "Je vais mourir", ce qui est le début d'une conversation avec le médecin, alors qu'elle était considérée comme gravement détériorée au point de vue mental. Elle meurt peu après.

Il apparaît aussi souvent un refus des médicaments et des traitements. Au service des urgences cardio-vasculaires, on dit que quand un malade refuse une sous-clavière, c'est qu'il est déjà trop tard pour la poser.

On peut ainsi isoler un véritable syndrome prémonitoire où le malade présente une anxiété immotivée en apparence, refuse le traitement, dit qu'il va mourir, et désire rentrer chez lui. Il est exceptionnel qu'un malade survive plus d'un ou deux jours après l'apparition de ces signes.

Cas n° 21

Monsieur B., ancien malade du service, y revient. Du jour au lendemain, il devient adynamique, apathique, ne s'intéressent pas à ce qu'on lui dit. La veille de sa mort inattendue, il dit : "Au revoir, ma Soeur", à une soeur du service. Le lendemain matin, il se plaint plus que d'habitude, de façon insistante, un peu angoissée. Il est oppressé, sonne souvent pour avoir de l'oxygène. Il refuse sa perfusion habituelle d'antibiotiques, déclarant

qu'il est allergique. L'après-midi, en un quart d'heure, il décède d'un oedème aigu du poumon que rien ne laissait prévoir.

Cas n° 22

Un Nord-Africain de 30 ans, atteint d'un cancer de l'estomac généralisé, allité, si faible qu'il fallait qu'on lui porte la nourriture à la bouche, se lève, s'habille pour aller chez lui, descend l'escalier et s'évanouit. Il meurt le lendemain.

Citons encore d'autres modifications du comportement.

Cas n° 23

Au cours d'une épuration, une femme, insuffisante rénale chronique, crie le nom d'un malade mort en face d'elle 15 jours plus tôt et décède dans le même tableau en deux minutes de façon inattendue.

Cas n° 24

Le père d'une infirmière rappelle sa fille un soir pour lui dire bonsoir une deuxième fois et meurt dans la nuit.

Ø Soit il existe des rêves prémonitoires.

Dans l'observation n° 15, la mère de Simone de BEAUVOIR rêve qu'elle est dans un drap au-dessus d'un trou. Nous verrons d'autres exemples plus loin.

On peut remarquer que rêver à sa mort n'en signifie pas forcément la venue mais surtout des préoccupations vis à vis d'elle.

Ces rêves prémonitoires sont à rapprocher des faits relatés par JONES qui diagnostique un cancer du rectum d'après le matériel analytique d'un malade, et par EISSLER qui diagnostique la récurrence d'un cancer du poumon d'après le rêve d'un patient.

Cette connaissance de la mort peut-être due aux modifications de l'entourage : pleurs de la famille,

inquiétude du médecin, ou à l'aggravation de l'état physique du malade.

Cas n° 25

Quand je passe à côté de cet homme de 60 ans au cours de la visite, il me dit aller bien, alors qu'il débute un oedème aigu du poumon. Le chef de clinique qui voit ce malade une demi-heure plus tard me conseille de me dépêcher de le soigner. D'autant plus anxieux que je me sens un peu coupable de ne pas avoir fait le diagnostic à temps, je vais faire une saignée au patient qui a maintenant une dyspnée nette et qui pourtant ne manifeste aucune inquiétude. Une externe un peu maladroite commente pendant la saignée : "Si c'est un oedème aigu du poumon, c'est très grave, ça risque de recommencer, etc..." En écoutant cela et en croisant mon regard peu serein, le malade devient alors anxieux et questionne à propos de la gravité de son état.

La nuit, il se lève et veut aller chez lui. Quand, le lendemain, je lui en demande la raison, il dit ne pas la connaître. Il va très bien. Il meurt la nuit suivante.

Pourtant, dans un certain nombre de cas, en particulier ceux précédés du syndrome décrit plus haut, on ne peut pas expliquer cette intuition. FERENCZI, dans son ouvrage "Disease or pathoneuroses, in further contributions to the theory and technique of psychoanalysis", tente d'expliquer cela en écrivant que "la libido qui n'est plus tournée vers le monde extérieur est dirigée principalement vers les organes malades". Mais ceci reste flou.

On peut évoquer ici l'intuition étonnante qu'ont certains mourants, en particulier sur certains détails de ma vie personnelle qu'ils ne connaissaient pas (cf cas n° 43).

On peut faire plusieurs remarques :

Ø Cette connaissance de la mort peut rendre le mourant agressif et causer l'éloignement de l'entourage qui réagit de façon inadaptée.

Ø Comme l'écrit Madame REBOUL, parler de sa mort c'est : - rendre la mort plus proche,
- avouer qu'on est contaminé par elle,
- se reconnaître comme agent contaminateur.

Nous verrons en effet, plus loin que la mort est conçue comme contagieuse. Aussi, pour éviter de réveiller l'angoisse de mort autour de lui et qu'on s'éloigne de sa personne, le malade peut avoir intérêt à ne pas exprimer sa connaissance de la mort. Tout le monde ment, la boucle est bouclée.

Ø Il est fréquent que les cancéreux diagnostiquent le cancer de leur voisin de lit mais pas le leur, pourtant évident.

Ø Fréquemment, les malades parlent sérieusement de leur mort, puis apparemment, rayent cette pensée de leur esprit, faisant même des plans dans le futur. Il semble que l'éventualité de leur mort soit une idée qu'ils sont heureux de partager à l'occasion, mais qu'ils ne désirent pas l'avoir continuellement à l'esprit.

Ø Les malades mourant de façon lente parlent parfois moins de la mort lorsqu'elle est proche. Ce peut être une façon de nier l'imminence du danger, mais aussi être dû au fait que, toute l'énergie étant investie dans la lutte organique, le malade n'a plus la force de verbaliser ou même de penser. Il est possible aussi que, si le processus de mourir a été accepté, le malade n'éprouve plus le besoin d'en parler.

Ø Chez un faible nombre de malades, on peut se demander s'il n'y a pas une méconnaissance réelle de la mort.

- La détresse physique et la durée de la maladie

Selon HINTON, les mourants sont beaucoup plus déprimés que les malades témoins, mais c'est avec facilité que l'on pourrait laisser passer la dépression ou ne pas la distinguer de l'inconfort physique et de l'épuisement.

D'autre part, si la durée de la détresse physique différait peu, son intensité (surtout dyspnée, douleurs, vomissements) était beaucoup plus importante que chez les témoins, et était moins souvent soulagée. Plus longue était la maladie et plus importante était la détresse physique, plus les mourants étaient déprimés.

Enfin, la douleur ne peut pas être comprise totalement par celui qui ne souffre pas, et peut favoriser l'incommunicabilité si on n'est pas attentif.

- L'anxiété (dont nous verrons les causes plus loin, en particulier la peur d'être abandonné et la dyspnée) peut-être une cause de dépression, surtout si elle se prolonge.

- Enfin l'attitude de l'entourage est une des causes les plus importantes de dépression.

Ø L'attitude la plus courante est le mensonge.

Se doutant qu'il est en train de mourir, ayant peut-être pour la première fois de sa vie une intuition véritable, le malade n'est pas capable d'obtenir de quelqu'un la connaissance de ce fait. En effet, tout le monde conspire pour nier la réalité. En dépouillant l'approche de la mort de son sens, en prétendant qu'un risque si perceptible n'existe pas, on traite le patient comme s'il n'existait pas, comme s'il n'était pas une personne. Les vivants se comportent comme s'il était déjà mort. "Les rencontres sont privées de toute chaleur humaine et de toute sincérité et le temps qui lui reste à vivre est rendu inhautentique et dépourvu de sens" (MARSHALL). Cette atmosphère ne donne pas envie au malade de communiquer.

Nous nous contenterons d'énumérer brièvement les arguments pour ou contre l'annonce de la vérité au malade, en nous inspirant en partie de la thèse de Madame LESAGE-DESROUSSEAUX consacrée à ce sujet. Ceci est valable aussi bien pour les malades atteints d'une maladie mortelle que pour les mourants.

• Arguments pour la Vérité :

- Une situation ambiguë est génératrice d'an-
goisse. Dans une émission à la télévision anglaise, de jeunes leucémiques disent que la période la plus pénible de leur maladie fut celle où ils ne savaient pas le diagnostic, donc le pronostic, de leur maladie.
- Cette révélation raffermirait la confiance dans
le médecin, permettant de meilleures relations. Il en est de même vis à vis de l'entourage.
- Le droit de savoir. La plupart des médecins et infirmières disent que s'ils étaient atteints d'une maladie mortelle, ils voudraient le savoir. Le même droit est refusé au malade. D'une certaine façon, on lui vole sa mort.
- La connaissance de la vérité permet au malade
de mettre ses affaires en ordre.
- De toute façon, la plupart des malades décou-
vrirent la vérité tôt ou tard.

• Arguments contre la Vérité :

- L'idée de la mort trop difficile à supporter. Soit le malade la niera de toute façon, soit elle causera un inconfort moral, étant source d'anxiété et de dépression. Il existe même un risque suicidaire.

En conclusion, il n'y a pas de règle stricte.
A chaque malade sa vérité et c'est à l'équipe hospitalière et à la famille de la trouver. Nous y reviendrons.

On peut déjà faire remarquer le "balance-ment" qui existe souvent dans une équipe. Par exemple, quand l'interne veut dire la vérité au malade, les infirmières argumentent contre et quand les infirmières veulent dire la vérité, c'est l'interne qui les met en garde.

Quelques exemples illustrent ce débat.

Cas n° 26

Un Jésuite atteint d'un myelome demande au rhumatologue qui le soigne de lui dire la vérité, assurant que sa foi l'aiderait à la supporter. Satisfaction lui est donnée. Il se suicide peu de temps après.

Cas n° 27 (22)

Cette femme de 60 ans arrive à l'hôpital pour une tentative de suicide aux barbituriques. Quelques semaines avant, au cours d'une laparotomie, le diagnostic de cancer inopérable du colon avait été fait, et l'on avait dit à la famille de ne rien révéler. Sortie de son coma, la malade déclara qu'elle savait qu'elle avait un cancer car la masse abdominale pour laquelle on l'avait opérée existait toujours après l'opération. Elle ne désirait plus vivre si ses relations avec son mari et ses enfants, avant franches et satisfaisantes, devaient être fondées maintenant sur le mensonge.

Sur les conseils du médecin, le mari dit la vérité à sa femme. Leurs relations franches se rétablirent et la dépression de la malade disparut rapidement. Tout le monde pouvait discuter de la situation à venir et exprimer ses sentiments. Durant cette période, la patiente apprit à tricoter.

Lorsqu'elle revint à l'hôpital, un des derniers gestes de sa fin paisible fut de donner sa robe de chambre à une jeune adolescente hospitalisée pour tentative de suicide.

Cas n° 28

Cette fillette de 12 ans, atteinte d'un ostéosarcome, savait qu'elle allait mourir, ayant entendu ce qu'elle avait. Elle était très gentille, sans angoisse, disant tous les jours au médecin, même peu de temps avant son décès : "Ca va, et vous ?".

Ø L expérience de la mort pour le médecin et l'entourage.

-pour le médecin

D'après une enquête de BURLoux, les médecins disent éprouver vis à vis des mourants :

- . un sentiment de culpabilité et de honte d'avoir à mentir.
- . l'angoisse d'avoir à affronter ces malades.
- . parfois de l'agressivité.

Comme l'entourage, le médecin doit fonctionner sur deux plans car la mort a déjà commencé : le malade est mort, le malade est vivant. Il modifie le contre-transfert avant même qu'il y ait déjà agonie.

"Pour s'identifier au malade, il faudrait qu'il s'identifie à ses tendances passives, c'est-à-dire à son désir de mort au sens libidinal (retour dans la mère, ou dans la maison du père). Au contraire, il exagère ses tendances actives (angoisse de castration)".

(J. GUYOTAT).

En même temps, le médecin a besoin de nier la perte de son patient qui représente pour lui une preuve d'impuissance et une mutilation, et comme tout le monde, il a besoin de nier la mort qui réveille en lui l'angoisse de sa propre mort. L'expression "ne pas avoir le courage de dire la vérité au malade", souvent employée, implique bien la peur de la vérité, c'est-à-dire de la mort.

Or, en présence du malade, il est en présence de la mort de celui-ci, ce qui le renvoie à la sienne

propre, d'où angoisse. Aussi le médecin va-t-il éviter plus ou moins consciemment le malade. Soit il saute sa chambre lors de la visite, prétextant qu'il faut "lui foutre la paix", ou rationalisant en disant qu'il a fait tout ce qu'il y avait à faire et avoir d'autres malades à voir pour lesquels il peut être plus utile, ceci d'autant plus facilement qu'il aura vu mourir beaucoup de gens et qu'il sera peut-être ainsi devenu moins sensible à la réalité de la mort, ou il se contente de demander un examen supplémentaire, réduisant la situation à un processus intellectuel et se donnant ainsi bonne conscience. S'il se décide à entrer dans la chambre du mourant, il est toujours satisfait si celui-ci est en train de dormir et s'éloigne à pas de loup pour surtout ne pas le réveiller. Certains malades disent d'ailleurs que lorsque le médecin ne vient plus les voir, c'est qu'ils vont mourir.

L'angoisse de mort existe aussi chez les infirmières, mais elles ne peuvent éviter le malade, restant plus longtemps dans le service et devant s'occuper du nursing et donner les médicaments.

Il faut ajouter que souvent l'aspect physique du malade n'est pas très engageant ; en particulier ceux qui ont un cancer de la sphère ORL émettent parfois une odeur rendant leur voisinage difficile.

Cas n° 29

Cet homme de 40 ans était atteint d'un cancer de l'estomac. Sa famille lui cachait le diagnostic depuis trois ans. Tous les jours, le médecin venait lui faire une ponction d'ascite et du Dolosal à cause de sa souffrance. La répugnance qu'il éprouvait à rendre visite à ce malade le rendait honteux et coupable ; il avait du mal à y aller et à se faire payer. Le malade l'accueillait par un sourire, figé à cause de la douleur. Le médecin devait en plus reconforter l'épouse qui pleurait après la visite. Aussi cette visite représentait-elle une dépense d'énergie énorme pour lui.

Il n'y avait pas d'échange verbal. Le malade aurait-il parlé que c'eût été vécu par le médecin comme une réviviscence. C'était impensable. Le seul échange se faisait par le regard et le médecin prenait la main du malade. Le médecin n'avait ni l'envie ni le courage de parler et il sentait qu'il induisait en partie cette attitude chez le malade, mais l'attitude du malade induisait aussi en partie celle du médecin. Celui-ci était content quand il trouvait le patient endormi.

Enfin, au même titre que celles du malade, certaines modifications du comportement du médecin peuvent faire évoquer l'imminence de la mort.

Cas n° 30 (10)

Agée de 70 ans, la mère d'une patiente d'un psychanalyste présente une métastase à la hanche d'un cancer opéré plus tôt. Cette métastase fut améliorée par la radiothérapie. Plus tard, elle devient exigeante, irritable et apparemment sourde en présence de toutes ses filles sauf la patiente. Aucune lésion ORL n'est décelée. Le médecin, jusqu'alors dévoué et compétent, perd patience, l'accuse d'être névrosée et dit à sa fille que tout ce qu'elle mérite, c'est qu'on la secoue un bon coup. L'analyste dit alors à sa patiente que l'instabilité et la surdité particulière de sa mère étaient sans doute des prodromes de son décès et que l'éclat du médecin était sa réponse à sa connaissance de ce fait et à son sentiment d'impuissance, et il conseilla à la fille d'être très gentille avec sa mère. Celle-ci tomba dans le coma trois jours plus tard et mourut.

On voit qu'ici, non seulement l'anxiété du malade due à la connaissance non consciente de la mort proche, mais aussi le changement d'attitude du médecin permettent un pronostic.

- l'entourage va réagir souvent comme le médecin, certaines familles résolvant leur anxiété en ne venant pas, d'autres faisant ainsi payer des années de domination. En général, moins une famille est venue voir le mourant, plus elle rouspète après

sa mort, disant que le malade a été mal traité, qu'une partie de ses habits a été perdue, etc..., essayant d'échapper ainsi à sa culpabilité.

Par ailleurs, il existe une ambivalence chez ceux qui survivent (triomphe inconscient que la mort a touché un autre et pas eux, mais aussi culpabilité).

Ø Ces attitudes des soignants et de l'entourage jointes au mensonge aboutissent à ce fait essentiel : la solitude, l'isolement. On peut dire que l'agonisant est un marginal. Si on leur parle, beaucoup de malades se plaignent de cet isolement qui survient à un moment où ils ont besoin d'une présence en partie à cause de la régression. On peut se demander si des phantasmes d'euthanasie ne se profilent pas derrière cette attitude et si abandonner le mourant n'est pas une façon de secouer le cocotier et d'amener une mort plus rapide, ce qui se passe ainsi d'ailleurs.

Une étude statistique du temps qui s'écoule entre le moment où le malade sonne et le moment où l'infirmière est à son chevet a montré que ce temps était significativement plus long pour les malades mourants.

Une autre étude statistique a montré que la distance physique augmente entre l'infirmière et le malade au fur et à mesure que l'état de ce dernier s'aggrave.

La conséquence de cet isolement moral et parfois physique est de rapprocher l'échéance de la mort.

Cas n° 31 (68)

Cet homme de 68 ans avait une syringomyelie depuis 8 ans. Jusqu'alors, il travaillait et avait subvenu aux besoins de sa femme et de ses six enfants qu'elle avait d'un premier

mariage. Il fut hospitalisé pour aggravation de son état. Bien qu'il fût faible, incapable de marcher et qu'il ait une incontinence urinaire, en plus d'une anémie nutritionnelle, il n'était pas moribond et on pensait qu'après quelques transfusions et des mesures diététiques, il pourrait aller en maison de repos. Quand on demande aux enfants de donner leur sang, chacun refusa pour des prétextes variés et l'on dut demander au patient s'il connaissait un autre donneur vu que ses enfants avaient refusé. Il ne répondit pas immédiatement puis parla, en pleurant calmement, des longues années de soucis qu'il passa pour élever ses six enfants, puis il tourna le dos au médecin, fut très déprimé les trois jours suivants répondant à peine aux questions, et mourut le quatrième jour, sans autre lésion qu'une syringomyélie à l'autopsie.

Cas n° 32 (24)

Un homme de 60 ans est hospitalisé avec des symptômes d'une masse cérébrale. La radio thoracique révélant une tumeur pulmonaire, on fit de la masse cérébrale une métastase d'un cancer du poulmon. On cessa alors de s'intéresser à ce malade et il fut mis dans une chambre loin de la salle des infirmières. Il continua à recevoir des soins physiques mais on n'éprouvait aucun intérêt pour lui. Comme prévu, il perdit du poids, devint cachectique, confirmant ainsi le diagnostic. Et il mourut. A l'autopsie, il avait un méningiome du vertex, qui aurait été guéri par une intervention. La lésion pulmonaire était bénigne.

3 - Le suicide ou le désir de mourir se rencontrent surtout dans le cadre de la dépression, mais pas toujours.

- Le désir de mourir se manifeste souvent de façon ambiguë. Il n'est pas rare que le mourant demande que l'on fasse quelque chose pour arrêter ses souffrances.

Cas n° 33

Cet homme, d'une foi chrétienne véritable, était atteint d'une fistule pancréatique. Il ne voulait pas pleurer

pour ne pas causer de chagrin à sa femme car elle avait besoin d'être forte, et il était content de ne pas avoir montré sa souffrance à sa famille. A l'aumônier, il dit : "Je souffre trop et trop longtemps", ce qui pouvait signifier : "Tuez-moi", mais aussi, "Je n'ai pas mérité cela".

Cas n° 34

Un autre mourant chrétien dit : " Dieu m'a oublié", ce qui peut ici aussi signifier "Je désire mourrir" ou "Dieu oublie de me guérir".

- Le suicide (cf. cas n° 27)

Cas n° 35

Atteint d'un coeur pulmonaire chronique, cet homme de 50 ans est dyspnéique cyanosé même sous oxygène. Immobile, il n'a plus la force de lever la main, de se servir à boire. Il est devenu triste. Il dit au médecin qu'il sait qu'il va mourir et qu'on lui raconte des mensonges quand on lui dit qu'il va s'en tirer. Il désire rentrer chez lui, mais sa famille ne veut pas car on ne pourrait pas lui donner les soins nécessaires, en particulier l'oxygène. Un matin, à trois ou quatre jours de sa mort, il trouve la force de se lever, se jette par la fenêtre, et se tue.

Les cas de condamnés à mort qui se suicident avant l'exécution sont fréquents.

On peut interpréter ceci de plusieurs façons.

Ø Le suicide est inclus dans un tableau dépressif.

Ø En se tuant soi-même, on tue la mort.

Ø Surtout, il semble que le processus de mourir, c'est-à-dire la période d'attente de la mort ou de l'exécution, soit plus effrayant que la mort elle-même. L'idée de mourir bientôt, de sa propre dissolution, réveille une angoisse telle qu'elle ne peut-être interrompue que par la mort.

- Le suicide peut représenter le passage de la passivité à l'activité. C'est préférer une mort voulue à une mort subie. On n'est pas tué, on se tue.

4 - L'anorexie est due en grande partie à l'état organique mais est peut-être aussi liée en partie à la dépression. Elle est constante. Elle se retrouve chez les animaux. On peut l'interpréter comme

- une attitude négative face à la vie,
- ou comme une forme de repli sur soi, refus de laisser entrer quelque chose venant de l'extérieur. Peut-être en est-il de même du refus des médicaments.

b) Autres causes de repli sur soi, l'épuisement et la perte des sens, au fur et à mesure que l'on approche de la mort.

1 - L'épuisement

Le malade, sans force, a de la difficulté à parler, ce qui limite la communication qui peut se passer néanmoins sur un plan non verbal (mimique, tenir la main, etc ...).

Cas n° 36 (22)

Cet immigré de 20 ans mourait d'une leucémie quand le psychiatre fut appelé pour de petits signes de dépression et pour persuader le malade de retourner dans son pays. Au cours de la discussion, le malade dit ne pas vouloir retourner car il avait peur que ses parents ne soient pas capables de faire face à sa mort et de lui fournir le soutien nécessaire, mentionnant qu'au cours de la mort d'un de ses amis, la mère de celui-ci avait fait un épisode psychotique et qu'il avait peur qu'il arrivât la même chose à sa mère. Il se rappelait aussi que lors de la mort de son grand-père paternel, son père avait fondu en larmes, et ce fut la première fois qu'il le vit faible, ce qui l'avait effrayé. Il transféra le rôle parental sur le psychiatre au fur et à mesure qu'il régressa. A la fin, il devint si faible que la communication se faisait presque entièrement sur un plan non verbal, le thérapeute s'asseyant tranquillement la main sur le bras du malade.

Quand il dit au malade que l'on arrêta le traitement à cause de son inefficacité, celui-ci ferma les yeux et tourna la tête loin du thérapeute. Rien ne fut prononcé, sauf par le

médecin qui dit qu'il savait que le malade était fâché contre lui, qu'il comprenait pourquoi, mais qu'il continuerait à s'occuper de lui et ne le laisserait pas tomber. Ce simple échange de sentiments au niveau d'un gosse de 2 ans était suffisant. Dans les deux derniers jours qui lui restèrent à vivre, bien que conscient, le malade devint distant et lointain, régressant beaucoup.

2 - La perte des sens

Il apparaît fréquemment une hyposthésie.

Cas n° 37

Pendant son agonie qui dura quatorze heures, cette jeune femme atteinte d'une cardiopathie ne voyait plus mais entendait encore. Avant de mourir, elle dit qu'elle était préoccupée par le mari qu'elle laissait et par ses parents.

Selon certains cardiologues, ces signes, ainsi que l'anxiété et le repli sur soi seraient dus à une baisse du débit cérébral par baisse du débit cardiaque et le rétablissement d'une hémodynamique satisfaisante permettrait le retour à un comportement normal. Dans notre étude, l'injection, à titre d'essai, de deux ampoules intraveineuses de Cédilanide par jour chez deux cancéreux mourants n'a pas amené de modification.

Alexandra DAVID-NEEL décrit les lamas thibétains qui guident le mourant, l'empêchant de s'endormir, de sombrer dans le coma, et lui signalent le départ successif des différentes consciences qui animaient ses sens.

3 - L'inconscience succède à l'épuisement et à la perte des sens.

En effet, les malades qui deviennent plus lucides avant leur mort, comme nous les avons décrit plus haut, ou même euphoriques, sont rares. Selon HINTON, 11 % des mourants sont irréveillables plus d'une semaine avant la mort, 34 % 24 heures avant, 61 % 6 heures avant, 6 % seulement sont conscients juste avant de mourir.

On peut fournir plusieurs explications.

- p
- les facteurs organiques ont sans doute un rôle prépondérant.
 - les mourants reçoivent souvent des drogues (Dans 46 % des cas selon HINTON, ils recevaient des opiacés, des barbituriques, des phénothiazines) qui diminuent la vigilance, et les médecins n'en sont pas mécontents (cf cas n° 44).
 - c'est peut-être un mojen de défense contre la dépression.

c) La maladie est une blessure narcissique.

Cas n° 38

Ce malade âgé de 40 ans, éthylique et tabagique, a un cancer pharyngo-laryngé suppuré. Il se plaint de ne pas pouvoir embrasser sa femme car elle lui reproche sa mauvaise haleine. Il dit que ses camarades de chambre ont un cancer mais pas lui. Il décède deux jours plus tard.

Durant sa maladie, chaque fois que sa mère venait me demander le diagnostic et le pronostic, je lui disais la vérité, et, chaque fois, elle pleurait abondamment et repartait en disant : "Je ne veux pas le croire, ce n'est pas possible".

Dans l'observation n° 43, nous verrons un autre malade observer tous les jours dans sa glace son maxillaire se dénuder peu à peu et l'os apparaître en même temps qu'il était conscient de l'odeur émise.

On comprend que, comme moyen de défense, le cancer soit considéré comme un corps étranger au corps du malade, qui le parasite, et que la partie atteinte soit séparée du reste du corps.

La mort est une blessure narcissique encore plus grave et pour compenser, il faut un repli sur l'objet blessé (pour l'aimer) d'autant plus grand.

d) Comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, la régression entraîne le repli sur soi.

On comprend que l'attitude du malade envers l'entourage va varier en fonction de tous ces facteurs et que la communication avec lui sera plus ou moins bonne.

C - Le Repli sur Soi correspond à une nouvelle répartition de l'énergie libidinale.

C'est cette répartition que nous allons étudier maintenant :

a) en fonction de la maladie mortelle : chronique ou aigüe

Nous avons décrit de nombreux cas de malades morts de cancer ou d'oedème aigü du poumon. Nous citerons encore un cas de mort ~~pour~~ maladie aigüe :

Cas n° 39

Il s'agit d'une femme de 50 ans qui décède brusquement d'un choc par infarctus mésentérique. A son entrée à l'hôpital, elle était très anxieuse, ayant peur qu'on ne s'occupe pas assez d'elle, majorant ses symptômes, en particulier sa dyspnée, lorsqu'on l'examinait. Elle se mit toute l'équipe à dos car elle demandait des choses et se plaignait sans cesse. Un psychiatre lui fit faire de la kinésithérapie respiratoire en guise de relaxation, ce qui l'améliora un peu.

Un matin, elle présenta une douleur sous-costale gauche, puis l'après-midi un tableau de choc et de douleurs abdominales. Elle était consciente, lucide, dyspnéique, très affolée, bougeant beaucoup, sonnant sans arrêt. Elle disait : "Je vais mourir", ce que les médecins niaient, médecins un peu angoissés, surtout par le fait qu'aucun diagnostic n'ait été fait alors que la malade était dans le service depuis un mois.

La malade déclara "Mieux vaut mourir pour que ça finisse, j'ai trop mal", puis réclama sa soeur et son mari, puis sa mère. Elle s'accrochait au médecin en lui posant des questions

dès qu'il allait sortir de la chambre. La famille demanda de la ramener à la maison, mais les médecins recommandèrent d'attendre la mort à l'hôpital.

Sur le tableau suivant, nous mettons en parallèle les différences entre mort de maladie chronique et aigüe. Ceci n'a qu'une valeur de schéma.

	Maladie chronique	Maladie aiguë
Symptômes	Dans le cas d'un cancer, non soulagés dans 26 % des cas. Douleur surtout (non soulagée 18 % des cas). Souvent somnolence, perte des sens.	En cas de défaillance cardiaque non soulagée dans 57 % des cas. La dyspnée existe dans 30 % des cas et est alors non soulagée 82 fois sur cent. Eveil, sens exacerbés.
Attitude de l'équipe	Identification possible avec le malade, d'où angoisse de mort. Pas d'espoir. On évite le malade.	Espoir de sauver le malade. La mort est paradoxalement moins présente. Agitation de l'équipe.
Anxiété	+	+++ , augmentée par l'agitation de l'entourage, la dyspnée, la sensation d'imminence de la mort.
Dépression	+++ (En partie à cause de la douleur).	Peu de dépression car le malade n'a pas le temps de se déprimer.
Régression	+++ , sous la forme de dépendance infantile, malade tyrannique, etc..., et sous forme de repli sur soi.	+++ tournée vers l'extérieur, sous la forme d'appel à l'aide, à la mère...
Mécanismes de défense	+++	Le malade n'a pas le temps d'élaborer des mécanismes de défense.
Répartition de l'énergie libidinale	Malade retiré. Les mécanismes de défense sont relativement efficaces contre la dépression et l'anxiété.	Malade passif mais participant à ce qui se passe, ou même actif. Etat de déséquilibre avec angoisse intense car les mécanismes de défense sont insuffisants.
Communication avec autrui	Possible, dépend beaucoup de l'attitude de l'entourage.	Difficile : toute l'énergie est dans l'acte de respirer, dans l'activité musculaire. En plus, difficulté de parler lors d'une dyspnée.

Lorsqu'un malade chronique meurt de façon aiguë (par exemple une femme atteinte de cancer du sein qui meurt d'une embolie pulmonaire dyspnéisante), on peut avoir passage d'un tableau dans l'autre, mais pas forcément, si le malade a eu le temps de mettre en place des mécanismes de défense suffisamment solides ou s'il a réussi à accepter sa mort à venir.

b) en fonction du temps.

Dans le cas des maladies chroniques, l'évolution se produit très fréquemment en deux temps. Lors d'une première période, le malade a un comportement "normal", c'est-à-dire se rapprochant de celui d'une personne ayant une maladie non mortelle, puis brusquement, il se replie sur lui (cf cas n° 12 - 13 - 21 - 31), comme s'il n'avait plus d'énergie à investir dans les relations avec les autres et dans la lutte pour la vie.

Cas n° 40

Une dame de 40 ans, amputée d'une jambe pour ostéosarcome, revient dans le service pour une énorme métastase pulmonaire. Elle sait qu'elle a un cancer et une récurrence. Alors qu'elle était d'humeur plaisante autrefois, cette fois elle pleure, en particulier en pensant à ses deux enfants, et elle déclare : "J'ai lutté. Maintenant, je ne lutte plus". (alors qu'agonia signifie "lutte" en grec). Elle est très déprimée, pleure souvent. Des perfusions d'Anafranil et de corticoïdes l'améliorent. Puis elle décède dans de grandes douleurs.

Son mari jouait la comédie, se comportant comme si de rien n'était à la maison, ayant versé des arrhes pour retenir une chambre cet été et pour lui faire croire qu'ils iraient en vacances. Je lui suggère de dire la vérité à la malade mais ne trouve aucun écho.

c) en fonction de la personnalité

C'est ici un facteur capital. Chacun a ses mécanismes de défense propres et la mort éveille en lui des peurs et des phantasmes qui dépendent de sa propre histoire. Dans ce sens, on peut dire que l'on meurt comme on a vécu.

Enfin, il semble que l'on meure différemment selon

que l'on a réussi sa vie, c'est-à-dire pu réaliser certains buts, et paradoxalement, les personnes ayant le sentiment d'avoir raté leur existence éprouvent souvent plus de difficultés à quitter une vie sans joie que celles ayant eu des expériences satisfaisantes.

Cas n° 41 (53)

Cette femme de 45 ans était atteinte d'un cancer utérin incurable. Son mari qu'elle avait épousé à 26 ans, homme de loi de 10 ans son aîné était un perfectionniste obsessionnel qui avait rendu sa vie difficile, et leur fils, âgé de 23 ans, avait le même caractère. Lorsqu'elle se douta de la gravité de son mal, elle se déprima, se replia sur elle.

Prise en psychothérapie, son principal sujet de plainte fut que sa vie avait été un échec total. Elle avait toujours considéré sa bonne présentation comme son seul atout et avait toujours essayé de jouer là-dessus. Elle sentait que son mari avait constamment essayé de détruire l'estime qu'elle avait d'elle-même et qui était maintenant très basse. Elle avait été si préoccupée de son apparence en toutes circonstances qu'elle avait manqué beaucoup de ces choses qui font que la vie vaut la peine d'être vécue et elle en voulait à son mari et à ses parents de ne pas l'avoir stimulée à s'élever vers des valeurs plus hautes.

Après avoir verbalisé son hostilité, dont elle n'avait que partiellement conscience avant la psychothérapie, elle se sentit soulagée. Elle réalisa alors que sa vie, proche d'être terminée, n'avait pas été qu'une série d'occasions perdues, qu'elle avait été une bonne épouse et une bonne mère si l'on considérait les circonstances dans lesquelles elle l'avait été.

Petit à petit, elle atteint un point où elle put regarder sa vie comme ayant eu de la valeur.

Cas n° 42 (68)

Agée de 68 ans, cette femme était à moitié invalide après plusieurs épisodes de décompensation cardiaque. Mariée

jeune, elle faisait des reproches constants à son mari et encouragea sa fille à être indépendante des hommes, faisant échouer ses rendez-vous, et sa fille était devenue une vieille fille pleine de rancœur contre sa mère mais trop culpabilisée pour l'abandonner. La mère éprouvait une peur chronique de la mort, bien qu'elle ne soit pas mourante.

Un jour, la fille découvrit une lettre fermée postée 50 ans auparavant et égarée, qu'elle donna à sa mère qui changea alors d'attitude. Cette lettre était une chaude réponse d'un admirateur de la mère auquel elle avait envoyé un cadeau d'anniversaire et une lettre affectueuse. Croyant qu'il n'avait pas répondu, la malade s'était tournée à regrets vers d'autres prétendants et s'était mariée. Après avoir lu cette lettre, elle ne parla presque que de cela, rêvassant, s'enquérant de ce qu'était devenu son admirateur, s'il était marié, etc... Elle devint plus aimable, mais son état s'aggrava. Deux semaines après, alors qu'elle parlait toujours de son amant dont une lettre égarée l'avait privée, elle dit soudainement : "Quelque chose est arrivé" et tomba morte.

Dans ce cas, la découverte de la lettre, qui donne un autre sens à la vie de la malade, lui permet de mourir sans dépression ni anxiété. Elle a pu s'évader de sa mort par un processus d'idéalisation (à travers un objet idéal).

III - L'ANXIETE

A - Manifestations

Elle est presque constante, mais pas toujours exprimée. Nous en avons vu de nombreux exemples. Elle peut s'exprimer directement ou indirectement (sous forme de rêves, hallucinations...).

Cas n° 43

Monsieur R., 44 ans, ancien légionnaire, est atteint d'un cancer du plancher de la bouche. Il a déjà fait de nombreux séjours à l'hôpital. Cette fois il revient en très mauvais état. Le cancer a progressé et son maxillaire inférieur est à nu. Il observe les progrès de la tumeur en regardant sa cavité buccale dans un miroir. Dès l'entrée, il déclare calmement qu'il se rend compte que ça ne cicatrisera pas et qu'il veut aller mourir chez lui car sa famille n'a pas d'argent pour payer le transport du corps, ce qui est vrai. Je reconnais que son état est grave et qu'il a raison de se faire du souci. A la fin de l'entretien, je lui dis qu'on en rediscutera.

Le lendemain, l'assistante du service vient le voir. Je la mets au courant de notre conversation. Néanmoins, elle dit au malade : "Ca cicatrisera, je peux vous l'assurer", puis hors de la chambre, me déclare : "Je ne peux pas dire à quelqu'un qu'il va mourir".

Le jour suivant, il a une hémorragie. Après il dit : "C'est moins grave que lorsque c'est infecté. Il y en a de plus graves que moi". Dans le lit à côté du sien, un malade a un cancer ORL infecté.

Troisième entretien : Monsieur R. dit : "Ca saigne moins, ça se contracte autour des vaisseaux". Il demande s'il doit s'occuper des papiers importants à faire. Je lui recommande de régler ses affaires personnelles. Il dit que ça va s'arrêter net d'une

hémorragie et que c'est mieux ainsi. Je lui demande si ça ne lui fait pas peur. Il répond : "Ceux qui partent sont moins à plaindre que ceux qui restent" et redemande à être ramené chez lui "trois jours avant sa mort" pour ne pas faire de frais à sa famille. Je réponds que ce n'est pas pour tout de suite. Il devient de plus en plus dur à comprendre et nous communiquons par l'intermédiaire de l'ardoise magique. De plus, il sent très mauvais.

Le fait qu'il discute de sa mort sans être influencé par les paroles de l'assistante montre que celles-ci n'étaient pas adaptées au malade, mais le reflet des peurs du médecin et non de celles du patient.

Les jours suivants, il dit : "Je sais que je vais mourir. Je ne vais jamais rentrer chez moi. Je ne verrai mes enfants qu'à l'hôpital". Ce qui se révélera exact. Il demande à une employée : "Le travail à l'hôpital rapproche-t-il ou éloigne-t-il de Dieu ?" et ajoute qu'il deviendrait plus croyant alors qu'il était incroyant autrefois.

Le lendemain son fils, qui a obtenu une permission de l'armée pour venir voir son père, rentre de Djibouti trois mois plus tôt que prévu. On dit à Monsieur R. "C'est une surprise". Il répond : "Je me rends bien compte de ce que cela veut dire".

Le lendemain, après une nouvelle hémorragie que l'on réussit à arrêter, il commente : "J'ai gagné un morceau de paradis", puis "Peut-on cautériser ?". Je réponds : "Non, c'est trop profond". Comme il écoute tout le temps son poste, je lui demande s'il s'intéresse beaucoup à la radio. Nous sommes alors amenés à discuter de politique. Puis tout d'un coup, il me regarde dans les yeux et me demande : "Sur quel sujet faites-vous votre thèse ?". Or, aucun malade n'était au courant de mon sujet de thèse. Je demande pourquoi il pose cette question et détourne la conversation sur les études de médecine.

La nuit, il a peur ; il voit les raies sombres de son pyjama comme si c'était du sang, et éclaire pour voir si ce n'est pas une nouvelle hémorragie. Il dit que cela devient une obsession.

Quelques jours plus tard, nous parlons ensemble des risques de mort par hémorragie quand sa famille arrive. Il est mécontent et se met en colère contre eux. Il leur dit : "Je ne saigne plus mais de toute façon je n'en ai plus pour longtemps".

A plusieurs reprises, par la suite, il dit aller mieux et veut retourner avec les autres malades car on l'a mis alors dans une chambre à un lit. Mais on temporise pour ce faire, à cause de son odeur et de son aspect.

Par périodes, son caractère se modifie. Il est énérvé qu'on ne le comprenne plus, bouge beaucoup, demande souvent la présence de gens. Quand je vais le voir, il parle peu, écoute la radio sans cesse, dit qu'il a envie de dormir, provoquant ainsi mon départ. Montrant sa maigreur, il commente : "C'est le fin".

Peu de temps après, il a une hallucination : il demande à une infirmière : " Vous voyez quelque chose sur la porte ?". L'infirmière ne voit rien. Il dit : "Moi, oui" et dessine dans l'air une pierre tombale avec une croix dessus.

Plus tard, lorsqu'il a la possibilité d'être rapproché de chez lui dans un hôpital rural, il refuse car il se sent plus en sécurité ici en cas d'hémorragie.

Deux jours avant sa mort, je lui demande s'il n'a pas peur de resaigner. Il rétorque : "Quand on est entouré de gens compétents, on se sent plus fort". Il se plaint de sentir mauvais. Je réponds que ce n'est pas gênant. Il me dit que je suis le meilleur médecin qu'il ait jamais connu. Ceci est notre dernier entretien.

Dans cette observation, en plus de l'anxiété due à l'hémorragie et exprimée un moment, on remarque :

- l'intuition du malade, tant sur mon sujet de thèse (intuition que j'ai démentie) que sur la connaissance de sa mort ;
- son hallucination ;
- l'attitude de l'assistante qui est celle de la plupart des médecins et la façon dont le malade y a réagi ;

- la difficulté de communiquer avec ce malade qui ne pouvait plus parler, puis plus tard, presque plus écrire ;

- l'irritation que j'ai éprouvée à l'égard de ce malade car j'ai eu des entretiens avec lui pendant deux mois, ce qui me prenait beaucoup de temps que j'aurai préféré consacrer à d'autres patients ;

- le fait que ce malade m'ait trouvé "bon médecin" alors que depuis un mois, il n'avait d'autre thérapeutique que du Palfium, ce qui montre non pas que je suis bon médecin mais que des entretiens, c'est-à-dire la possibilité de communiquer, peuvent être aussi, sinon plus, importants que la thérapeutique médicamenteuse souvent donnée pour avoir l'impression de faire quelque chose ;

- la façon dont je n'ai pas nié le fait qu'il allait mourir (en lui recommandant par exemple de régler ses affaires, ou en parlant de la mort par hémorragie) mais en lui laissant la possibilité de nier cette éventualité, en tout cas au début ;

- le jeu de l'instinct de vie et de l'instinct de mort, le malade ayant tantôt espoir (c'est moins grave que si c'était infecté ; la présence des gens compétents repousse la mort, etc...), tantôt constatant son aggravation.

Cas n° 44

Monsieur L., âgé de 39 ans, est un maçon italien qui, alors qu'il venait de s'installer à son propre compte, a dû arrêter ses activités à cause d'un réticulosarcome. Les entretiens que j'ai avec lui ont lieu dans un service qui n'est pas le mien et ce n'est donc pas moi qui m'occupe en même temps de la thérapeutique médicamenteuse de son état organique. A cause de ses idées suicidaires, dues à la douleur, il a été descendu du 2ème étage au rez-de-chaussée... pour qu'il saute de moins haut par la fenêtre, et mis à 40 mg de Valium qui se sont montrés inefficaces. Il présente trois grosses masses néoplasiques sous-cutanées au visage et des douleurs abdominales.

Au cours des premiers entretiens, il se conduit familièrement avec moi car il a été soigné par mon père et habite près de chez moi, me tutoyant même, ne m'assimilant pas aux médecins mais me demandant qu'est-ce-que ceux-ci vont faire

m'utilisant un peu comme intermédiaire entre les médecins et lui.

Il exprime son anxiété de façon indirecte à plusieurs reprises, citant une fois un cas qui l'a frappé, celui d'un "jeune homme" de 39 ans qu'il a vu mourir peu à peu dans sa chambre sans que les médecins puissent le sauver (Il a lui-même 39 ans). Une autre fois, il dit qu'il est trop jeune pour mourir et qu'il voudrait vivre encore 20 ans.

Il raconte ne pas avoir le moral, surtout à l'hôpital et il est pressé de repartir chez lui, mais l'aumônier lui a dit que ce serait long. Sa famille dit qu'il a grand espoir et qu'il ne semble pas savoir qu'il va mourir.

Sur ma demande, on le met progressivement à 150 mg de Tofranil, 100 mg de Nozinan et une gélule de Tranxène. Le Valium est arrêté.

Ses douleurs disparaissent, mais il apparaît une paraplégie flasque due à un envahissement de la dure-mère et une atteinte rétrooculaire.

A ce moment, je le vois en présence de sa mère et son seul commentaire est : "Ca va pas des masses".

Le lendemain, il est seul. D'entrée il me dit : "J'ai mal dormi, j'ai fait un rêve effrayant cette nuit. Il y avait de l'orage, de la pluie, de la grêle et j'étais debout dans la neige et ne pouvais pas avancer car mes jambes ne bougeaient plus". Je lui interprète son rêve en lui disant que c'est un peu ce qui lui arrive en ce moment : il lui arrive des choses très désagréables et il ne peut pas y échapper, même en partant de l'hôpital, à cause de ses jambes.

Il me répond en évoquant 1944. Il avait 11 ans et sa famille et lui avaient peur des Allemands, surtout la nuit où ils dormaient dans une écurie sur la paille. Ses parents étaient dans la résistance.

On peut penser que les Allemands représentaient alors la mort et que sa terreur nocturne représente sa peur de

la mort.

Puis il récupère un peu la motricité des membres inférieurs grâce à la radiothérapie.

Au cours des entretiens, il insiste sur le travail bien fait, accorde un grand pouvoir aux médecins qui, d'après lui, savent ce qu'ont les gens en les examinant de l'extérieur. Il se demande comment guérir si on ne fait pas sauter la partie malade.

Il a le cafard en pensant au travail qu'il a laissé à faire. Tout d'un coup, il me demande d'où vient sa paralysie. Je réponds que, de même qu'il avait des bosses sur le crâne qui ont disparu avec le traitement, il a une bosse qui comprime sa moëlle. Il dit qu'on lui a trouvé un jour une hernie mais ne pose pas de question sur la nature des bosses.

Il s'améliore de plus en plus, aussi vais-je le voir moins souvent, ce qu'il me fait remarquer en disant : "Quand ça va mieux, les médecins s'occupent moins de vous".

Une semaine plus tard, sa paralysie rechute et il est de nouveau très déprimé. Il se plaint en plus des inégalités des gens devant l'impôt (comprendre peut-être devant la maladie) et envie les médecins qui sont mieux soignés que les malades, car, connaissant les signes, ils se soignent dès le début de la maladie. Je réponds que les médecins meurent aussi, ce qu'il ne relève pas.

Il s'aggrave de plus en plus et a une généralisation cutanée de son sarcome. Il ne dit plus alors perdre le moral mais "attendre".

Au cours du dernier entretien il dit : "Je ne passerai pas Pâques". Je lui demande de préciser. Il répond : "Ici, à l'hôpital". Puis résigné, il ajoute : "C'est comme ça".

La veille de sa mort, l'interne qui s'occupe de lui me demande quels produits utiliser pour l'assommer, l'endormir, car elle le trouve trop lucide.

Cette observation, en plus de l'anxiété exprimée de façon indirecte ou à travers un rêve, appelle les remarques suivantes :

- le malade refuse les perches qui lui sont tendues pour accéder à la connaissance claire de son état (la nature des bosses généralisées ; les médecins meurent aussi). Cependant son attitude de résignation et l'ambiguïté de sa formule "Je ne passerai pas Pâques" montrent qu'il a plus ou moins conscience de sa mort prochaine.

- l'attitude de l'interne qui ne supporte pas la lucidité du malade et réagit en fonction de ses ~~aspects~~ ^{affects}, non des besoins du malade.

- la communication avec le malade aurait pu être toute différente si sa mère n'avait pas été présente à beaucoup d'entretiens ou attendant dans le couloir.

B - Causes de l'Anxiété

a) Les symptômes

L'anxiété des mourants est en effet différente de l'anxiété névrotique d'autres malades, d'origine non réaliste ; ici, s'il peut exister une composante névrotique, les progrès de la maladie et certains symptômes, principalement la dyspnée, sont source d'une angoisse qu'on peut qualifier de traumatique.

Les malades ayant fait un arrêt cardiaque, puis ressuscités, se souviennent souvent de peu de choses, mais il persiste fréquemment chez eux la peur que l'épisode aigu ne se reproduise.

b) L'environnement

1 - On a vu (cas n° 25) un exemple d'anxiété déclenchée par l'attitude des médecins. Il peut en être de même quant à l'attitude de la famille, ou des parents vis-à-vis d'enfants leucémiques.

2 - Angoisse du malade qui a besoin d'un médecin tout-puissant et qui ne trouve qu'un médecin incapable de l'améliorer.

- 3 - Le soir, l'anxiété augmente, ainsi que la nuit. L'équivalence mort-nuit ou mort-sommeil est présente chez tous. Cimetière vient du grec koïmeterion, endroit où l'on dort. On dit : "Il s'est endormi pour toujours ; le repos éternel ; la nuit il fait noir comme dans un trou ; debout les morts !" etc... Un malade qu'on croyait endormi est en fait mort...
Le soir aussi, la solitude du malade augmente.
- 4 - La peur de ne pas être écouté ou compris par l'entourage.
- 5 - La peur d'être dépendant ou un ennui pour les autres, et la peur du désir d'être dépendant.
- 6 - La peur de l'abandon, de mourir seul à cause de la répulsion des autres.

Cas n° 45

Ce médecin de 76 ans, atteint d'un cancer de l'estomac, en avait négligé les symptômes pendant un an bien qu'il en ait fait le diagnostic. On l'opéra et confirma ce diagnostic.

La première réaction à sa maladie fut qu'il avait vécu jusqu'à 70 ans et tout ce qu'il avait fait en plus était du bonus, fraudant le Moissonneur. Mais en même temps, il ne fit rien pour mettre ses affaires en ordre et se comportait comme si de rien n'était. S'il admettait qu'il avait un cancer qui récidiverait certainement, il allait cependant voir d'autres médecins en espérant une erreur de diagnostic, faisait des projets à longue échéance, prenait des médicaments qu'il savait si inutiles qu'il ne les prescrivait même plus à ses malades, et confia à sa femme qu'il y plaçait de grands espoirs. Il avait ainsi trois attitudes : de façon raisonnable il se disait que le médicament n'aurait aucun effet. Il croyait de façon illusoire que cela pouvait le guérir et enfin, il rationalisait cette attitude en se disant : pourquoi ne pas essayer ?

Bien qu'ayant été un athée convaincu toute sa vie, il demanda à voir un prêtre, disant qu'il faisait cela pour se

plier aux usages, mais, à certains moments, il déclarait qu'il croyait au ciel et était content à la perspective d'y retrouver son père et son premier enfant mort en bas âge.

Orgueilleux, il se sentait blessé d'être malade, faible et peu attirant. Il s'accrochait à sa femme, l'appelant "maman", était effrayé qu'à cause de la répulsion qu'on éprouve envers les mourants, on l'abandonne et le laisse seul, ce qu'il avait lui-même vu souvent se produire. Il avait surtout peur d'être laissé seul au moment où il mourrait et avait fait promettre à sa femme d'être là et de serrer sa main lors de sa mort, ce qu'elle fit.

Cas n° 46

Madame M., âgée de 65 ans, agonise durant trois semaines de métastases pulmonaires d'un cancer du sein. Au début elle dit : "Je vais mourir", puis ne parle plus de la mort. Elle exige la présence permanente, jour et nuit, d'un membre de sa famille à ses côtés. Peu à peu les personnes de cette famille s'épuisent physiquement et nerveusement, rendant nécessaires quelques entretiens où le médecin les aide à verbaliser leurs sentiments en disant lui-même qu'il vaudrait mieux que ça finisse tout de suite etc... Sa belle-fille fait en présence de Madame M. une crise de tétanie à grand spectacle, obtenant ainsi d'elle quelques jours d'absence qui lui permettront de se reposer et de voir ses enfants plus longtemps.

Ces peurs peuvent être motivées par l'attitude de l'entourage mais aussi être dues uniquement à la peur de la mort.

c) La peur de la mort prochaine

Elle sous-entend la connaissance de la mort à venir, point dont nous avons déjà parlé. D'après HINTON, l'anxiété augmente avec l'intensité de la détresse physique, en particulier la dyspnée, et avec le degré de connaissance de la mort.

Elle se situe aussi dans le contexte de notre société où la mort signifie la fin de tout.

- 1 - La mort - la notion d'arrêt définitif, de "jamais plus" éveille l'angoisse. Ne plus avoir de projets, d'expériences, ne plus rien toucher, goûter, aimer, etc... est révoltant. La mort est un scandale. A tel point que, comme l'écrit FREUD, il nous est impossible de nous représenter notre propre mort, et toutes les fois que nous essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateur. Au fond, dans son inconscient, chacun est persuadé de son immortalité.
- 2 - Le processus de mourir
Nous avons vu qu'il peut être plus effrayant que la mort elle-même.
- 3 - La contagion de la mort
Inconsciemment, la mort est conçue comme contagieuse. Madame REBOUL cite le cas de vieillards, qui, lorsque l'employé des pompes funèbres arrive à l'hôpital, rentrent et appellent le médecin la semaine suivante.
Montrer que l'on est anxieux de mourir est antisocial car il y a risque de contagion.
Ceci est différent de l'angoisse qu'éprouve un malade qui en voit mourir un autre et qui s'identifie à lui.
- 4 - L'absence d'anxiété chez les malades prédisant leur mort.
WEISSMANN et HACKETT ont décrit le cas de plusieurs malades chirurgicaux prédisant leur mort avec insistance et qui sont effectivement morts. Ils avaient comme caractéristiques communes :
 - d'avoir anticipé leur mort dans un temps proche lors de l'admission à l'hôpital.
 - de n'être ni anxieux, ni déprimés, différent en cela des patients qui, avant l'opération, disent avec anxiété qu'ils vont mourir et qui sont déprimés.

- d'éprouver plus d'attrait pour la mort que pour la vie, parce qu'elle permettrait la réunion avec un amour perdu, ou la résolution d'un long conflit, ou la fin d'une angoisse.
- chaque patient était émotionnellement isolé lors de son admission. Tous étaient dans la solitude perte d'amis, veufs ou n'ayant pas établi de véritables relations dans leur vie- (cf cas n° 42 et 53).

Cas n° 47 (68)

A 41 ans, cette femme subit une ablation du rectum pour cancer et avait depuis un anus illiaque. Elle fut soignée durant 28 ans par un mari dévoué et affectueux. Elle était convaincue qu'il était repoussé par l'odeur et le fait qu'elle salissait parfois le lit ; ce sentiment augmenta lorsqu'elle fit des abcès chroniques rectaux. La nuit, elle pensait souvent à la mort, mais pas au suicide. Plus son mari lui montrait de sollicitude, plus elle s'accusait de ne pas le rendre heureux. De plus, elle avait fait trois fausses couches et n'avait pas pu avoir d'enfant, ce qui confirmait son opinion que quelque chose n'allait pas chez elle. Puis son frère préféré mourut d'un cancer du rectum, puis ses trois soeurs décédèrent et enfin son mari mourut d'infarctus du myocarde. Elle vivait seule, soignée par une nièce qui habitait dans le voisinage, évitant[^] tout le monde sauf une soeur.

Un psychiatre eut un entretien avec elle. Une odeur de feccs et de mort régnait dans la pièce. Elle était d'une immobilité solennelle, comme si elle avait un masque de mort. Sans changer d'expression, elle parla monotonement et dit que la mort allait venir dans quelques jours. Durant sa vie, pendant qu'elle grossissait, tout le monde mourait autour d'elle ; sa survie s'était faite aux dépens d'autres vies y compris ses enfants non nés. Elle se vautrait dans la mort et se nourrissait de mort. Elle serait tuée par le chirurgien, par une hémorragie pulmonaire, comme elle en avait eu après sa première opération, mais elle regrettait qu'on ne l'ait pas laissé mourir.

Après l'opération, elle n'émit aucune plainte, ne sourit jamais, mais sans sembler dépressive. Elle mourut huit jours après le premier entretien d'hémorragie pulmonaire. Ses derniers mots furent : "Je suis seule, je n'ai pas de mari".

Cas n° 48 (68)

Cette femme de 54 ans, célibataire, avait dû arrêter son travail haut placé cinq ans avant pour dépression et idées paranoïaques de grandeur et de persécution (elle se croyait suivie par un étranger ayant des visées érotiques sur elle). Elle fut traitée par électrochocs et soignée trois ans dans un hôpital psychiatrique. Un an avant sa mort, elle fut atteinte d'un cancer de l'ovaire avec métastases et fit une rechute de son état dépressif.

Elle fut admise à l'hôpital pour colostomie, pour la prolonger. Dès le premier jour, elle dit vouloir mourir, et était amère de tout ce qu'on faisait pour prolonger sa vie dénuée de sens. Elle était convaincue que la mort allait venir, et elle dit au psychiatre qu'elle était bien moins déprimée qu'avant, maintenant qu'elle avait réalisé que ses douleurs allaient prendre fin. Elle était alarmée chaque fois qu'on lui disait que l'opération pourrait la prolonger.

Après l'opération, elle fut de nouveau déprimée et dit : "Ils m'ont fait quelque chose de terrible, mais ça ne marchera pas. Je vais mourir cette nuit. C'est pire que d'être un animal et ils appellent ça un bon résultat. Vous pouvez ôter la douleur, mais vous ne pouvez pas utiliser vos drogues sur l'âme immortelle des souffrants".

Elle mourut pendant la nuit, d'infarctus du myocarde.

Cette femme était seule, non mariée car trop compétitive avec les hommes pour les attirer et elle se sentait supérieure à la plupart d'entre eux. Sa seule consolation était que son agonie ne serait pas éternelle. Elle était atteinte par la douleur, mais aussi humiliée d'avoir l'esprit et le corps touchés par la maladie. Son seul souhait était de quitter cette

existence car elle s'accrochait à la seule partie d'elle-même qui n'ait pas été violentée : l'âme (d'après WEISSMANN et HACKETT).

C - Conséquences de l'Anxiété

a) Elle permet, nous l'avons dit, d'établir un pronostic, lorsqu'elle est surprenante.

b) Elle se transmet à l'entourage

c) Elle est une des causes de la dépression et de la régression

Comme nous l'avons vu, au cours de nombreuses observations, ces trois traits sont liés, dépendent les uns des autres.

d) C'est en grande partie à cause de l'anxiété que le mourant va utiliser des processus de défense.

IV - PROCESSUS DE DEFENSE CONTRE L'ANXIETE ET LA DEPRESSION

Trois procédés sont très fréquents : la régression, la négation, la réunion avec des personnes mortes ; les autres sont moins fréquents. Plusieurs procédés sont souvent associés.

A - La Régression

(cf. chapitre I).

B - La Négation

Elle se voit même lorsque le malade reconnaît le cancer chez les autres, ou alors que le médecin a dit le diagnostic, ou même quand le malade sait ce qu'il y a (cf. cas n° 43).

Cas n° 49

Cet étudiant en médecine, atteint d'un cancer du testicule avec métastases diffuses savait qu'il allait mourir. Trois jours avant sa mort, alors qu'il est grabataire, il demande comment il faut faire pour avoir un postiche remboursé par la sécurité sociale, à cause de l'alopecie qu'a entraînée la chimiothérapie.

Cas n° 50

Un malade reçoit par erreur le compte-rendu détaillé de l'envahissement cancéreux dont il est atteint, destiné au médecin de la sécurité sociale. Hospitalisé, il propose d'autres diagnostics aux médecins, disant qu'une grosse métastase abdominale visible est peut-être une appendicite, etc...

On trouve d'autres formes de négation de la réalité : certains malades mourant refusent de se coucher dans leur lit et restent assis le plus longtemps possible à côté de celui-ci (cf. cas n° 66 - Madame D.). D'autres cherchent une cause

psychogène, se disant que la psychothérapie permettra de guérir la maladie mortelle. En voici un exemple.

Cas n° 51 (14)

Dans son enfance, sa mère étant éloignée d'elle, cette malade avait reporté son affection sur son père, puis sur son frère car le père préférait le frère. Cet amour frère-soeur était réciproque. Ils avaient de nombreux intérêts communs, en poésie, musique, littérature, et ils étaient très attirés par l'opéra de Wagner : "Tristan et Yseult" et le "Liebestod" les émouvait jusqu'aux larmes. Elle était Yseult, lui Tristan et le fantasme de réunion idéale après la mort produisait beaucoup d'effet sur la patiente. Les deux enfants se jurèrent que si l'un mourait avant l'autre, d'outre-tombe il ferait signe au survivant. Elle sentait aussi que le livre de Thomas MANN, "The Blood of the Volsungs" la concernait spécialement. Dans cet ouvrage, deux jumeaux Siegmund et Sieglinde voient l'opéra de Wagner "La Walkyrie" dans lequel deux jumeaux aux mêmes prénoms qu'eux dorment côte à côte. De retour chez eux, ils commettent l'inceste.

Alors qu'elle avait 19 ans, son frère est appelé dans l'armée. Il part en lui disant qu'il a la prémonition de sa mort et il est tué lors du débarquement en Normandie, ce qui fut une catastrophe pour elle. A partir de ce moment, elle vécut comme dans un rêve, attendant continuellement quelque chose, écrivant des poèmes à son frère défunt.

Quelques années plus tard elle se maria. Durant sa troisième grossesse, on lui découvrit une leucémie myéloïde et on le lui dit. Elle devint alors déprimée et anxieuse, avec une sérieuse tendance à passer à l'acte (colère, suicide). La leucémie représentait pour elle la punition de ses pensées incestueuses et de toutes ses crises de colère passées. Il se produisit la résurgence de phobies qu'elle avait eues dans l'enfance, en particulier dans des situations de mouvement rapide comme dans la conduite automobile, le ski.

Devant ces signes et surtout sa tendance à passer à l'acte, elle demanda à être prise en psychothérapie. Mais vu l'importance de ses résistances, on décida d'entreprendre une cure analytique. Pour elle, le fait qu'un analyste s'occupât d'elle signifiait qu'il estimait que la cause de sa maladie était psychique, et qu'en la guérissant de sa névrose, on la guérirait aussi de sa leucémie.

Elle fut très améliorée par l'analyse et accepta petit à petit la nature organique de sa maladie. Elle n'attendit plus de l'analyste qu'il l'empêche de mourir, mais sentait que si celui-ci pouvait la débarrasser de ses sentiments présents et passés de haine et de culpabilité, cela lui épargnerait une longue phase de souffrance et elle mourrait alors "sans s'en rendre compte". Elle parlait même d'accepter volontiers la mort, et surtout la mise au tombeau dans de la terre fraîche, où en fantasme elle serait réunie avec son frère.

Petit à petit elle envisagea une vie d'une certaine durée qui vaudrait la peine d'être vécue. Son attachement à son analyste s'accrut et elle substitua peu à peu une personne vivante, le thérapeute, à son frère mort.

Nous passerons sur les détails de l'analyse. Elle disait qu'elle pourrait avancer encore plus ardemment dans son traitement si elle découvrait quelque chose de réellement bon en elle. Mais à supposer qu'elle y arrive et qu'elle apprécie alors mieux la vie, elle risquait de regretter davantage d'avoir à mourir.

Lors de la période terminale de sa maladie, elle fut paradoxalement soulagée par ses mauvaises numérations formules sanguines, car elle souhaitait aller dans une ville éloignée où vivait l'ancienne fiancée de son frère à laquelle elle était restée très attachée*. Au cours de l'interprétation, elle se rendit compte qu'en présence de cette femme, elle prenait les mêmes attitudes que son frère, s'identifiant à lui, c'est-à-dire qu'elle s'unissait à Tristan en étant Tristan. Cette interprétation l'aida à ne pas passer à l'acte.

* (Elle utilisait les mauvaises numérations comme prétexte pour aller dans cette ville).

Dans cette observation, nous voyons aussi la réunion avec un être aimé être utilisée contre l'angoisse de mort.

C - La Réunion avec un être aimé

Ceci permet de rendre l'idée de la mort moins angoissante. D'après Madame REBOUL, 65 % des vieillards se font enterrer dans un lieu qui a une signification pour eux, auprès d'un proche. Les hommes demandent souvent à être enterré auprès de leur mère.

Cas n° 52 (22)

C'est à cause de la dépression et de l'agitation de cette femme de 60 ans, atteinte d'un cancer métastatique, que l'on fit appel au psychiatre. Il apparut qu'elle n'était pas prête à admettre son état actuel, ne relevant aucune phrase qui lui aurait donné l'opportunité de parler de son état. On lui prescrivit un traitement anti-dépresseur et elle fut suivie toutes les semaines.

Elle raconta une série de rêves où il était question de son frère et de sa mère adoptive. Elle en était surprise car elle n'avait pas pensé à eux depuis des années. Elle dit avoir eu des relations très chaleureuses avec eux : "Ma mère adoptive était meilleure avec moi que ma mère réelle". Les rêves ne furent pas interprétés à la malade vu son déni persistant, mais le seul fait de parler de ces gens aimés, morts avant elle la soulageait comme si elle se préparait à les rencontrer bientôt. Le thérapeute l'encouragea à voir quelque chose de positif dans le futur. Puis elle devint comateuse et mourut.

Ici, la psychothérapie fut restreinte par la négation massive de la mort, mais la patiente fut aidée par les médicaments et par l'utilisation de ses rêves, qui montraient d'ailleurs sa connaissance de la mort proche.

Cas n° 53 (68)

Cet homme robuste de 86 ans fut hospitalisé pour une

fracture du col du fémur. Il faisait beaucoup plus jeune, était expansif, flirtait avec les infirmières, plaisantait avec les médecins, et il annonça sa mort avec conviction. Il disait être membre d'une famille illustre qui l'aurait abandonné sur le perron d'un orphelinat d'où il s'échappa plus tard et il s'engagea dans la marine pendant 20 ans, puis il fut condamné pour vol à aller en prison où il dit avoir acquis la réputation d'"homme de fer" pour avoir vécu de pain et d'eau, confiné et solitaire pendant six mois. Puis il fut cheminot jusqu'à ce qu'il perde une jambe dans un accident et il vécut alors d'une maigre pension dans un hôtel bon marché.

Il était fier d'avoir eu une vie de célibataire dans la solitude. Il n'avait pas eu de relations avec les autres sauf des prostituées et des compagnons de bistrot.

Dans sa vieillesse, il devint préoccupé par le désir de mourir. Il ne se suicida pas mais chercha quelqu'un pour le tuer. Il demanda à des gens, en leur promettant une récompense, d'ajuster un tube au tuyau d'échappement de leur voiture pour qu'il puisse respirer les gaz d'échappement. Comme ils refusèrent, il essaya de payer un tueur à gage pour l'abattre, mais sans succès. Il fit alors courir le bruit qu'il portait beaucoup d'argent dans sa jambe de bois, espérant qu'on le tuerait pour s'en emparer, mais personne n'y fit attention. Finalement, accroché par une voiture, il arriva à l'hôpital et décida que son assassin serait le chirurgien.

Le psychiatre à qui il raconta tout cela trouva que ce patient n'avait pas de chances spéciales de mourir. A cela, le malade répondit qu'il était temps pour lui de mourir ainsi que pour toute sa famille qui était une bande de racailles ayant bâti leur fortune sur l'exploitation des Indiens.

L'opération se passa bien, mais il mourut huit jours après d'une embolie.

On voit chez ce malade l'absence de dépression et le désir d'être tué. La solitude était devenue un idéal rendu romantique par la famille illustre plus ou moins imaginaire, et il pensait se réunir avec cette famille dans la mort : "Il est temps qu'ils meurent".

Cas n° 54 (68)

Cette femme de 72 ans s'était mariée à 30 ans en faisant le "contrat" avec son mari qu'elle divorcerait quand elle le voudrait. Elle le trompa plusieurs fois, mais sans divorcer. Lorsque son mari fut invalide, pendant les six dernières années de sa vie, leurs relations devinrent meilleures. Il lui dit qu'il avait voulu l'épouser malgré son manque d'amour à elle car il avait peur de la perdre et qu'il referait la même chose, ce qui augmenta la culpabilité de sa femme car cela n'avait pas été réciproque, et elle devint plus affectueuse.

Trois ans après la mort de son mari, elle entretenait le phantasme d'un mariage romantique, anticipant une réunion avec son mari qui était l'homme idéal qu'elle avait toujours voulu rencontrer.

Cas n° 55 (68)

Il avait fallu amputer d'une jambe cette jeune fille de 14 ans atteinte d'un ostéosarcome du genou. Elle était très attirante, intelligente, mûre, ne s'appitoyant pas sur elle, et elle continua à apprendre la musique et à aller à l'école en même temps qu'elle faisait sa rééducation. Aussi tout le monde s'intéressait à elle.

Elle se lia avec un garçon de 15 ans, atteint aussi d'un ostéosarcome et ayant aussi une prothèse, et elle allait dans sa famille, ce en quoi sa mère la désapprouvait.

Sa mère, à la différence de celle du garçon, était de plus en plus paniquée par le pronostic. La jeune fille n'en voulait pas à ses parents mais éprouvait de la compassion pour eux. Elle était en colère lorsque le médecin leur donnait de faux espoirs ou lorsqu'elle sentait que la sympathie à son égard était fausse, due à la gravité de sa maladie.

Elle n'avait pas de symptômes et se rééduquait avec le garçon, avec émulation. Puis le garçon mourut d'une métastase et on découvrit chez elle aussi une généralisation du cancer.

Elle n'était ni anxieuse, ni déprimée, restait très sereine bien que sachant qu'elle allait mourir, et au cours d'un entretien avec un psychiatre, celui-ci la trouva rayonnante, et eu l'impression qu'elle lui avait donné beaucoup plus qu'elle n'avait reçu de lui. Elle parla de son ami qui l'avait précédé sans crainte dans la mort et dit qu'elle occupait son temps aussi agréablement que possible avant de le rejoindre pour reprendre là où ils en étaient restés.

Elle mourut aussi calmement.

D - Revoir sa vie, Revoir une situation ancienne dangereuse dont on est venu à bout.

a) Revoir sa vie (cf. cas n° 12)

Cas n° 56

Un médecin, près de mourir, entreprend d'écrire sa vie et abandonne au 10ème jour.

"Ce souvenir des choses extérieures au moment de la mort, alors que le mourant ne devrait songer qu'à son propre danger, est un acte de défense du moi". (BOULANGER)

Pour les Thibétains, raconter sa vie ou la revoir dans les derniers instants permet de prendre conscience du sens général de son existence et de donner une orientation pour le futur. On voit donc que l'interprétation est tout à fait différente selon la civilisation

b) Revoir une situation dangereuse dont on s'est sorti en espérant, sur un mode de pensée magique, que la même chose va se reproduire.

BIEGLER a étudié les réactions de plusieurs alpinistes suisses qui se trouvèrent dans des situations où ils étaient sûrs de mourir imminement et qui survécurent par miracle. Ils pensaient à des épisodes de l'enfance où ils avaient surmonté un danger. Ceci permettait en plus d'éloigner la réalité présente.

E - Le Délire

Le délire est fréquent chez les mourants. Il peut-être dû à une métastase cérébrale ou à des troubles hydro-électrolytiques. Néanmoins, dans d'autres cas, il semble que ce délire ait un sens. En effet, les malades avec qui on parle de la mort ne délirent pas (sauf en cas de terrain psychique pathologique) et le délire ne semble survenir que chez ceux avec qui le problème de l'angoisse de la mort n'a pas été envisagé, soit à cause de l'attitude de l'entourage, soit à cause des résistances intérieures du patient.

Le délire peut permettre au malade de dire qu'il va mourir, sans qu'il y ait de réaction de négation de la part de l'entourage et sans que ce soit à un niveau conscient, ce qui évite l'apparition d'angoisse.

En même temps, ce délire soulage l'entourage car d'une part il éloigne les questions du malade, et, d'autre part, on n'est plus dans le domaine d'un inexorable raisonnement logique.

Dans le cas n°5, nous avons vu un malade parler, de façon délirante, des soldats qui vont venir, des papiers à mettre en règle pour son transfert.

Cas n° 57

Madame T, âgée de 65 ans, a un cancer du rein avec des métastases vertébrales entraînant une paraplégie. Elle est adressée à l'hôpital pour des douleurs et un problème familial : son mari est malade et elle est difficile à supporter à la maison lorsqu'elle souffre.

Au cours du premier entretien, elle dit être déprimée, et que si elle doit rester au lit sans se lever, elle préfère mourir.

Le lendemain, en parlant de son traitement, je suggère que ce ne sera pas facile. Ces simples mots déclenchent une grande angoisse et elle me demande, affolée : "Ce ne sera pas possible ?"

Je réponds que si, mais qu'il faut essayer les médicaments avant de trouver le bon.

Toujours aussi angoissée, elle répète : "Ce n'est pas faisable ?" Je suis obligé de la rassurer longuement.

Le lendemain, elle a des hallucinations. Elle voit des animaux au plafond. Elle trouve que Pompidou a de la chance car il a une femme tout le temps à ses côtés. "Ce n'est pas comme mon mari".

Quelques jours après, j'ai un entretien avec son fils, qui dit que sa mère ne demande pas de nouvelles de son mari ni de son petit chien qu'elle aime pourtant autant qu'une personne. Elle lui a dit qu'elle allait mourir, ce qu'il a nié car dès le début de sa maladie, on lui a déclaré dans sa famille que ce n'était pas un cancer, et il n'est plus possible maintenant de changer, de reconnaître que l'on a menti. (On remarque qu'il ne s'agit pas seulement de ne pas effrayer la malade mais de ne pas reconnaître qu'on a menti).

Je vais ensuite voir la malade. Elle délire, demande que j'ouvre son ventre pour y mettre de l'air, puis me demande de mettre la lumière, disant que c'est la tradition chez les Juifs quand quelqu'un va mourir. Je lui demande si elle est juive. Elle répond qu'elle est catholique.

Quand je lui demande pourquoi elle gratte sans cesse les draps, elle ne répond pas. Je demande si ça la rassure. Elle dit "Oui et non, car quand je mourrai, je serai dans des draps".

Elle ajoute: "Aidez-moi", et m'utilise beaucoup, pour ouvrir la fenêtre, lui donner à boire, etc... alors que le personnel soignant s'occupe bien d'elle.

Trois jours plus tard, elle me demande de préciser son état. Je réponds : "Toujours pareil". Elle voit des tubes débranchés partout (elle a une perfusion et une sonde vésicale), dit qu'elle se lève quand on n'est pas là, alors qu'elle est paraplégique.

Elle se peigne le front en essayant de peigner ses cheveux. Peut-être a-t-elle un trouble du schéma corporel ? (1)

La veille de sa mort, deux jours plus tard, elle ne délire pas : "Vous allez me laisser tomber" dit-elle à l'infirmière, et à moi : "Vous allez me laisser seule cette nuit". Je la rassure en lui disant qu'il y a un médecin et une infirmière en permanence dans l'hôpital.

On voit dans cette observation que le langage de cette malade est à la fois délirant et lucide. C'est un mode relationnel clair. Elle exprime ce que son entourage refuse d'entendre et ce qu'elle-même refuse d'admettre puisqu'on a vu l'angoisse qu'a déclenché la perche que j'ai tendue à un moment à cette malade qui, la veille pourtant demandait une piqûre pour mourir.

Comme on le voit, il faut peut-être parler de phantasme ou de prémonition plus que de délire.

(1) - Nota

Il est possible qu'il existe des modifications du schéma corporel chez les mourants.

Nous avons vu les troubles des sens qui peuvent survenir. D'autre part, dans l'observation n° 15, la mère de Simone de BEAUVOIR a une sensation de destruction. Portant sa main à son visage, elle le vérifie. "J'avais l'impression que mes yeux étaient au milieu de mes joues et mon nez de travers, tout en bas de ma figure".

J. BERNARD (9) cite une observation où l'on fait passer deux tests de RORSCHACH à un enfant de 9 ans, leucémique. Dans le premier test, passé dix jours après l'entrée dans le service, l'enfant maîtrise son angoisse et se défend, en rationalisant les affects pénibles. Dans le deuxième test, passé en phase terminale, l'enfant donne des images d'êtres morcelés, déchiquetés, tels qu'une "dame sans tête qui s'amuse, un papillon avec des ailes à moitié coupées, une tête de crocodile", l'ensemble étant interprété comme prouvant une détérioration des mécanismes de défense contre les représentations angoissantes.

Devant le manque de matériel clinique plus abondant, il nous est impossible de conclure pour le moment.

F - Le Don

Le don d'un objet à une personne à qui l'on peut s'identifier et qui survivra (cf. cas n° 27) est peut-être une façon de survivre chez les autres. Il en est de même des dons destinés à pérenniser la mémoire du donateur.

G - Sauter la Hiérarchie

Le malade demande à voir le patron, recherchant plus de puissance chez le médecin (cf. cas n° 1 et 3).

H - Etablir une relation d'objet partiel avec soi-même

Dans l'observation n° 5, Monsieur C. dit : "Ca irait bien s'il n'y avait pas ma jambe qui est malade".

Monsieur L., dans l'observation n° 44 voudrait qu'on enlève la partie malade alors qu'il a des métastases cutanées partout.

Cas n° 58

Quelques jours avant sa mort, un homme de 50 ans, atteint d'une endocardite infectieuse avec anurie dit : "Moi ça va bien, c'est les reins qui ne vont pas".

Ce moyen de défense est souvent repris par l'équipe soignante. On peut aussi se servir de symptômes ou de chiffres qui cristallisent l'angoisse : le taux de globules ou d'urée, etc...

I - POROT H. parle du Syndrome du Minotaure

Le décès d'un autre malade soulage le mourant qui, sur un mode de pensée magique, voit la mort satisfaite pour un instant par le décès de l'autre, ce qui lui accorde un sursis.

J - On peut remarquer que ces processus de défense se retrouvent en grande partie chez les condamnés à mort.

BLUESTONE et Mc. GAHEE, psychiatres américains, après

des entretiens avec 19 condamnés à mort dont la date de l'exécution était fixée, classent ainsi leurs moyens de défense :

a) La négation

- 1 - Négation des sentiments : "On va me tuer, c'est comme ça".
- 2 - Négation de la gravité de la situation, en espérant le succès d'un dernier appel.
- 3 - Espérer qu'un pardon va être accordé au dernier moment.

b) L'obsession est à rapprocher de la négation : penser avec acharnement à quelque chose d'autre que la mort en échaffaudant des phantasmes sur le thème choisi.

c) La projection, en se considérant comme persécuté et même comme un martyr.

V - DIVERS ELEMENTS

INFLUANT LES COMPORTEMENTS DECRIITS

A - La Classe Sociale, le Sexe, le Célibat, le Niveau Intellectuel
ne semblent pas apporter de modification.

B - La Religion

Il semble y avoir peu de modifications de l'attitude religieuse à l'approche de la mort. On ne peut pas le prévoir.

Le culte n'a pas d'influence, mais, d'après HINTON,
les mourants ayant une foi ferme sont anxieux dans 20 % des cas,
les athées dans 27 %, alors que les mourants n'ayant qu'une foi
tiède et formelle sont anxieux dans 56 % des cas. Il en serait
de même pour la dépression.

C - L'Age

a) Les gens de moins de 50 ans semblent être plus anxieux et plus déprimés, surtout s'ils ont des enfants. Mais il faut tenir compte du fait que l'on prête moins d'attention aux
vieillards, car un vieillard qui meurt, c'est considéré comme
normal.

b) Les Enfants

Ayant peu d'expérience personnelle, nous n'en parlerons pas. Nous remarquerons seulement que :

- l'idée de la mort évolue avec l'âge de l'enfant.
- l'enfant perçoit aussi l'attitude de l'entourage.

VI - DEFINITION DE L'AGONIE

Après avoir observé le comportement des mourants, on peut essayer de définir l'agonie.

A - Pour le Bien Portant, elle évoque souvent la violence.

Chez des personnes saines prises au hasard, les définitions données sont les suivantes :

- quand le malade ne peut plus reprendre le dessus.
- l'agonie évoque la souffrance, une mort difficile.
- un combat. La lutte entre la vie et la mort quand la victoire de la mort est assurée. La lutte du malade contre la mort, contre un mauvais objet interne qui vient le détruire.
- l'agonie n'existe que chez les gens conscients ; c'est quand le malade sent qu'il va mourir.
- l'importance du détail disparaît, il n'y a plus que les choses essentielles qui comptent.

Dans le dictionnaire Robert :

- Agoniser : s'éteindre, être prêt de sa fin, décliner, s'effondrer.
- Agonie (du grec agonia : lutte) : lutte, angoisse. Moments, heures précédant immédiatement la mort.
- Mourant : qui va mourir ; au figuré, regards mourants : languissants, langoureux.
- Qui cesse, s'arrête, finit.

B - En Fait

- a) L'agonie se situe dans le temps par rapport à la mort.
- b) Elle a une durée indéterminée.
- c) C'est un phénomène dynamique et non statique, donc un déplacement d'énergie.

D - Définition

Nous dirons que c'est l'ensemble des phénomènes qui servent de passage entre la vie et la mort,

ou

La façon de réagir (au sens de déplacement d'énergie) physique et psychique devant l'approche vécue de sa mort et devant les modifications qu'elle entraîne dans le milieu extérieur.

A travers cette définition, on voit que l'on peut modifier le processus de l'agonie, soit par sa propre attitude, soit en aidant le malade à mieux vivre l'approche de sa mort.

RELATIONS THERAPEUTIQUES AVEC LES MOURANTS

A - Soigner les Symptômes

Il est très important d'essayer de soulager le malade le plus possible, ceci non seulement pour son confort, mais parce que les symptômes sont source de dépression et d'anxiété, et l'anxiété due à une dyspnée sera bien mieux calmée par des opiacés ou des corticoïdes que par de l'Equanil.

D'autre part, de petits aspects pratiques peuvent avoir plus d'importance qu'il ne le semble au médecin : permettre au malade de s'asseoir dans un fauteuil, la façon dont on fait sa toilette qui le fatiguera pour le restant de la journée ou le réconfortera. En ce domaine, les auxiliaires médicales sont nos maîtres.

B - Les Médicaments psychotropes

a) Les anxiolytiques sont utiles en cas d'anxiété, mais lorsque celle-ci est très importante, ils sont inefficaces. Ceci évoque l'angoisse massive de certains malades psychiâtriques qui ne sont calmés que par des doses énormes de neuroleptiques.

b) Les antidépresseurs.

Souvent cette thérapeutique, associée à un anxiolytique, produit une amélioration et facilite le contact. Dans notre expérience, des doses de Tofranil, 150 mg intra musculaires par jour, ou d'Anafranil, 50 mg intra veineux furent fréquemment utilisées, associées ou non au Nozinan (100 mg), avec peu d'effets secondaires gênants. Mais souvent, lorsque la mort est imminente, se produit un phénomène d'échappement et la dépression réapparaît malgré le traitement.

C - Les Entretiens avec le Malade

a) Déroulement

Ces entretiens sont évidemment une question de cas

particuliers, néanmoins on peut suggérer quelques généralités.

1 - C'est en grande partie le malade qui décide du moment de ces entretiens, en faisant des allusions à son état lors de la visite du médecin ou en demandant à voir le médecin après celle-ci, ou en posant des questions embarrassantes à la famille qui vient demander conseil aux infirmières ou au médecin, ou en se montrant déprimé ou anxieux, etc... Le principal, pour le personnel soignant, est d'être disponible et de ne pas faire la sourde oreille. Cette attitude évite d'imposer un entretien à un malade qui n'y est pas prêt.

2 - Une première difficulté est que beaucoup de malades dépressifs ne font pas le moindre signe d'appel, et leur silence et leur immobilité, mis sur le compte de la fatigue physique, les font oublier. C'est pour cela que nous pensons qu'il est indispensable d'avoir au moins un entretien avec ces malades même si cela doit consister simplement à s'asseoir dix minutes ou un quart d'heure à leurs côtés et à parler de la pluie et du beau temps, ou même de rien. On sera surpris de voir s'exprimer, après l'étalage des plaintes organiques ou une période de silence, une anxiété qui n'apparaissait pas, ou la connaissance de la mort qu'a le patient et qu'il n'avait jamais montrée, ou des problèmes d'autre sorte n'ayant pas de rapport direct avec la fin prochaine, mais qui n'en sont pas négligeables pour autant.

Il est indispensable que le médecin lui-même ait un entretien avec chaque malade, pour que celui-ci n'ait pas l'impression que le thérapeute l'abandonne, et pour que soient offertes au malade toutes les possibilités de communication.

Cas n° 59

Madame M., 68 ans, est une dame qui parle peu. Au cours du seul entretien que nous avons eu, elle déclare vouloir

rentrer chez elle où elle ira mieux, verra son mari, mangera mieux. Elle se plaint de ne pas manger et de ne pas marcher.

Après un long silence, elle ajoute : "Je ne sais pas comment je vais m'en sortir... Je suis anéantie... Tous les sérums qu'on m'a fait, etc... ça n'a rien fait". L'après-midi, elle se sent mieux, dit à une infirmière qu'elle est bien contente d'avoir parlé au médecin, et qu'elle désire rentrer chez elle. Elle y part le lendemain et décède peu de temps après de son cancer.

Cas n° 60

Madame P., âgée de 90 ans, a un cancer de la base de la langue. Elle ne parle pratiquement pas, et l'on passe à côté d'elle tous les jours en disant "la mémé P., ça va".

Au cours d'un entretien, elle déclare qu'elle sait qu'elle va mourir et qu'elle aimerait rentrer chez elle, ce à quoi je réponds que son état est effectivement grave et que nous allons contacter sa famille pour qu'elle puisse rentrer. Les jours suivant, elle ne peut plus parler à cause de son cancer, et elle meurt.

Cas n° 61

Madame B. a un cancer du sein métastatique. Elle n'émet que des "oui" ou des "non" lors de la visite. Lors du premier entretien, elle parle de ses maux. Après un instant de silence, elle dit : "Je ne vais pas m'en sortir, parti comme ça va", phrase qu'elle n'a jamais prononcée avant. Suivent dix minutes de silence, puis elle déclare : "J'ai envie de dormir, pourtant ça ne m'arrive jamais". Puis elle dit être déprimée car sa maladie dure, et elle ne voit pas son mari. Celui-ci est mort peu de jours avant mais on le lui a caché en lui faisant croire qu'il est malade.

Au cours des entretiens suivants, elle ne dira rien, devenant rapidement somnolente en ma présence, ce qui semblerait montrer qu'elle ne désirait pas ces entretiens. Elle meurt dix jours après le premier entretien.

Cas n° 62

Monsieur D., 50 ans, a un cancer des cordes vocales avec adénopathies métastatiques et nodules de perméation cutanée, et le traitement est inefficace. Lors de la visite, il me demande à brûle-pourpoint : "C'est une tumeur ?". Je réponds que oui. Il dit plus tard à son fils : "J'en avais marre qu'on me raconte des conneries à la maison". Mais dans le service il apparaît déprimé. Je vais discuter plusieurs fois avec lui, mais il ne semble pas avoir envie de parler.

3 - Au cours de ce premier entretien, l'attitude essentielle est une attitude d'écoute. Si le malade désire savoir le pronostic, ou si l'occasion se présente, on peut lui tendre une perche, c'est-à-dire sous-entendre que son état peut-être grave, et long ou difficile à traiter, ou lui conseiller de régler ses affaires, ou de bien d'autres façons. Ceci a plusieurs buts :

- d'une part la réaction du malade permet d'estimer son désir de connaître la vérité. Soit la perche n'est pas saisie (cf. cas n° 44), soit elle déclenche une véritable angoisse et il faut alors réassurer le malade (cf. cas n° 57 à 63), soit le malade profite de l'occasion pour parler de sa connaissance de la mort et de ses peurs (cf. cas n° 43).

- d'autre part, dans le cas d'un malade qui n'a pas pu communiquer avec les autres à cause du mensonge auquel il s'est heurté, ceci représente pour lui le signal qu'il a en face de lui une personne avec qui il peut essayer de communiquer.

4 - Il est important, dans la plupart des cas, de répéter ces entretiens car :

- ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs que l'on peut apprécier les besoins réels du malade (désir de connaître la vérité, peur de la solitude, etc...). Plus on commence loin de la mort, plus on a le temps

d'évaluer ces besoins. Hélas, par manque de temps, on commence fréquemment peu avant la mort.

- si possible, lorsque le malade s'améliore, ne pas espacer ces entretiens, ce qui recréerait la situation d'abandon où il se trouvait, et il s'aggrave à nouveau.

- si l'on reconnaît que le malade va mourir, cela équivaut à lui dire : "Tu n'existes plus". Il n'est possible de parler franchement que si le malade garde une valeur humaine reconnue par les autres, c'est-à-dire si on continue à s'occuper de lui.

5 - Au cours de ces entretiens, il est nécessaire de respecter les mécanismes de défense, de laisser le malade montrer ses sentiments et être un bébé s'il le désire, ou être agressif, de lui permettre d'exprimer son angoisse sans projeter la sienne propre car il a peut-être d'autres peurs que celle de la mort : peur de la douleur, de la mutilation, etc...

6 - Sans émettre de règle, le mieux semble d'aborder ces entretiens sans idée préconçue de ce qui va s'y passer, en laissant toujours un espoir au début si l'on en vient à parler de la mort, de mentir le moins possible, et surtout de ne jamais se presser même si le malade n'a que quelques jours à vivre. C'est lui le guide.

Cas n° 63

Je suis appelé dans un service qui n'est pas le mien pour une femme de 45 ans atteinte d'un cancer du sein avec lymphangite pulmonaire très dyspnéisante, car elle répète qu'elle va mourir. Effectivement, elle a encore trois ou quatre jours à vivre.

Lors du premier entretien, elle me dit qu'elle veut partir chez elle où son lit est moins haut qu'à l'hôpital. Aussi préfèrerait-elle être dans un fauteuil, ce qui lui permettrait de mieux bouger et d'être moins dépendante des autres. Elle me

parle longuement du fauteuil alors qu'elle n'en a parlé à personne d'autre. Puis elle demande si le traitement est encore long. Je réponds que oui, et elle dit : "Je ne tiendrai pas". Sur ma demande, on la met dans un fauteuil et elle se sent mieux.

Le lendemain, m'en étant qu'au début de ma recherche, je décide d'aller un peu plus vite car je sais qu'elle va bientôt mourir. D'entrée, elle me propose des traitements pour l'améliorer : la chirurgie, les rayons. Je réponds qu'ils ne sont pas adéquats, et que les chefs de service en diraient autant, car ces thérapeutiques sont trop fatigantes, et qu'il faut un traitement médical, en précisant qu'il sera long. Elle me demande alors combien de temps ça durera. Conscient de l'ambiguïté de ma réponse, je dis "trois ou quatre jours". L'entretien continue durant dix minutes où elle est calme.

Une heure après, je suis appelé d'urgence car la malade est très angoissée, et a compris que j'avais dit qu'elle n'en avait plus que pour trois ou quatre jours à vivre. J'essaie de la rassurer. Elle répond : "Pourquoi m'avez vous fait peur comme ça ?", puis : "Je sais bien que je suis foutue". Elle décède deux jours plus tard.

On voit que cette femme connaît la proximité de sa mort mais la refuse en même temps.

Il faut se méfier de la tendance que l'on a à parler plus volontiers avec les malades qui savent leur pronostic, car c'est plus facile et l'on n'a pas à porter le poids du mensonge, et d'autre part, de ne pas projeter ses désirs sur le malade, surtout si on le trouve ouvert.

Cas n° 64

Monsieur M. a un cancer du poumon avec métastase à la hanche. Il est grabataire et dans un état très grave. Il me demande plusieurs fois son pronostic. Je trouve ce patient ouvert, sympathique et pense qu'il préférerait connaître la vérité, que j'aimerais que l'on me dise dans sa situation. Je décide de la lui annoncer le lendemain matin lors d'un entretien.

Dans la nuit, je rêve que j'ai un mélanome malin. Je suis furieux qu'on ne me dise pas le diagnostic, mais quand je réussis à me le procurer, je refuse de le croire et espère une erreur de diagnostic, puis fouille dans les livres de médecine pour voir si ça ne peut être mortel qu'à 99 % et pas à 100 %. Je suis tellement angoissé dans ce rêve qu'au réveil, je décide de remettre l'entretien d'un jour. Quand je vois le malade le matin, il me dit : "Vous savez, si vous me dites que j'ai un cancer, je rentre chez moi en ambulance et je me tue avec mon fusil de chasse".

Le déroulement de ces entretiens dépendra, nous l'avons donc vu, de la demande du malade. On peut y envisager la façon de mourir, mettre en valeur ce que le mourant peut encore faire, ce qui est à double tranchant car un jour il ne pourra plus rien faire, etc... et surtout savoir écouter. LEESHAN a remarqué que les malades sont souvent contents quand le médecin remarque que n'importe qui peut mourir demain.

Une chose est certaine : s'appitoyer sur le malade ne lui est d'aucune aide. D'autre part, il faut éviter de le traiter en enfant sauf s'il désire régresser.

Voici deux exemples d'interventions simples qui ont semblé positives pour le malade.

Cas n° 65 (24)

Cette jeune femme mourante avait été généreuse et altruiste toute sa vie. Elle était protestante mais n'avait jamais eu d'expérience religieuse profonde.

Lors d'un premier entretien avec le médecin, elle déclare : "Je sens que je ne vais pas m'améliorer. Pourquoi Dieu ne vient-il pas m'enlever à cette souffrance", puis "Dans mon esprit, c'est comme s'il y avait deux jardins, un sur terre, et un au ciel, et j'attends que Dieu me dise dans lequel il veut que je travaille".

Le jour même de sa mort, elle a un entretien qui commence par : "Je sais que je vais mal, mal, mal". Après avoir

cherché avec le médecin ce qui allait si mal, elle en eut l'intuition et dit : "Ca y est. Dieu ! Je l'ai appelé à l'aide ces derniers jours et je l'ai entendu répondre, dans le fond de mon âme : pourquoi m'appelles-tu à l'aide maintenant et ne m'as-tu pas appelé quand tout allait bien ? Qu'avez-vous à répondre à celà, Docteur ?". Elle était effrayée, quêtant une réponse. Le médecin demanda :

"Supposez qu'un enfant soit en train de jouer dans le jardin pendant que sa mère vaque à ses occupations dans la maison. Soudainement, l'enfant trébuche et s'écorce les genoux. Que fait-il ?"

La malade répondit : -"Il pleure et appelle sa mère".

- "Et alors ?" dit le médecin.

- "Et alors sa mère vient et console l'enfant jusqu'à ce qu'il soit remis.

- Et puis ?

- Et puis la mère retourne à son travail et l'enfant retourne jouer.

- L'enfant n'a pas abusé d'elle, n'est-ce-pas ?", continua le médecin. La malade acquiesça. "Alors pourquoi Dieu le ressentirait-il ainsi ?" demanda le médecin. La malade fut très soulagée par cet entretien. Ses derniers mots furent "Je vais aller dans mon jardin en paix maintenant".

Cas n° 66

Madame P., âgée de 65 ans, a un cancer du sein avec lymphangite pulmonaire. Elle allait relativement bien avant de s'aggraver brusquement après un épisode de dyspnée aiguë, une nuit. Le lendemain, je vais la voir car elle pleure sans cesse, ceci, dit-elle, parce que ses forces baissent depuis six mois et qu'elle ne pense pas s'en sortir. Elle voudrait que ça finisse vite, d'un côté ou de l'autre. "Croyez-vous que ça va aller mieux ? Je préférerais être morte que comme ça dans un lit à ne rien pouvoir faire". Je lui montre ce qu'elle peut encore faire : se lever, lire, que ses enfants viennent la voir, ce qui déclenche de nouveaux pleurs car elle pense que ses enfants ont de la peine à la voir dans cet état, aussi préférerait-elle être morte. Elle ajoute que ses enfants lui disent que ça va passer, mais

elle n'a pas l'air d'y croire. Je réponds que ses enfants préfèrent sans doute la voir comme ça que morte. Elle acquiesce. Je précise aussi que le traitement la fatigue (ce qui était exact car elle avait des perfusions d'antimitotiques), que ça ira mieux à la fin de ce traitement, qu'elle a une maladie grave mais que l'on pense l'améliorer. Elle se plaint de n'avoir mal nulle-part, de ne pas savoir ce qui ne va pas à part un peu d'essoufflement.

On peut remarquer que ici nombreux sont les malades qui se plaignent de ne pas pouvoir localiser le mal. Un danger qu'on ne peut localiser est plus inquiétant qu'un danger précisé, que l'on peut contrôler visuellement ou en pensée.

J'ai plusieurs autres entretiens avec cette malade.

Quand je reviens après dix jours de congé, Madame P. s'est très aggravée et pleure depuis deux jours car elle veut rentrer mourir chez elle. L'entretien a lieu dans une chambre dont les cinq occupantes ont un cancer du sein incurable quatre sur les cinq ont des métastases pulmonaires, dyspnéisantes dans trois cas. Madame P. pleure souvent au cours de l'entretien.

"Ca ne va pas" dit-elle. Je reconnais que ça ne va pas mieux.

- "Quand vais-je mourir ?". Surpris, je ne réponds à sa question que par un sourire auquel elle répond aussi par un sourire.

- "Je voudrais mourir comme Monsieur B". Je lui fais préciser. "Un homme de 50 ans qui est mort rapidement dans le service".

A ce moment, j'aurai pu enchaîner en lui demandant si elle voulait mourir rapidement, mais n'en ai pas eu la présence d'esprit. Je lui demande si elle n'a pas peur de la mort.

- "Non. A quoi bon vivre si je suis clouée dans un lit sans force. Si j'étais plus jeune, j'aurais peut-être plus envie de vivre".

Je l'interroge sur ce qu'en pense sa famille :

"Elle dit que je vais bien" dit Madame P., ce qui déclenche de

nouveaux pleurs, puis elle redemande : "Combien de temps ai-je encore à vivre ?". Je réponds que je ne sais pas. "Si je n'ai pas plus de deux mois à vivre, à quoi bon être ici ?". Je lui dis que c'est d'accord pour qu'elle reparte chez elle mais que nous ferons une lettre à son médecin pour qu'il continue le traitement car il la soulage.

Le lendemain matin, elle s'aggrave, est transportée dans une chambre à un lit. La famille vient l'emmener in extrémis. Mourante, mais très contente, elle dit adieu à tout le monde en souriant. Son gendre va remercier les autres malades de sa chambre pour ce qu'elles ont fait pour elle, ce qui laisse les malades abattues et en pleurs. Madame D., située dans le lit à côté de Madame P. dit à une infirmière avoir été choquée par le dernier entretien. Elle déclare : "Je sais bien que l'on veut savoir la vérité, mais quand même..."

Au cours de cet entretien - je ne pense pas avoir menti.

- je n'ai pas interdit tout espoir (il faut continuer le traitement qui soulage) mais avoir été assez clair pour qui veut entendre la vérité, en ne niant pas l'éventualité de la mort, en disant que je ne savais pas combien de temps il restait à vivre. La preuve est que ce fut très clair pour Madame D.

Son contentement vient peut-être de ce qu'elle rentre chez elle, mais peut-être aussi de ce que quelqu'un n'a pas nié ce qu'elle ressentait comme étant vrai (l'attitude de sa famille la faisait pleurer).

La suite de cette observation est intéressante. Le soir même du départ de Madame P., dans la chambrée qui avait été en harmonie jusqu'à présent, Madame C., 65 ans atteinte d'un cancer du sein avec lymphangite dit avoir froid alors que les autres malades ont chaud. Il s'ensuit un différend à propos de la fenêtre et le lendemain, on la met dans une chambre à un lit. A quatre heures du matin, elle est très dyspnéique et répète, malgré son essoufflement : "Je vais mourir, je vais mourir comme

Madame P., puis "Je n'aurais pas dû changer de chambre", ce qui signifiait peut-être : "Je veux mourir avec les autres, pas seule". puis elle décède. Sa mort fut brutale et inattendue.

La veille de sa mort, elle m'avait demandé avec beaucoup d'insistance si elle allait s'en tirer et j'avais répondu "On peut vous améliorer mais vous aurez toujours besoin d'un traitement".

Deux jours après la mort de Madame P., Madame D., âgée de 38 ans, citée plus haut, atteinte d'un cancer du sein avec lymphangite pulmonaire, qui sait qu'elle a un cancer mais en refuse le pronostic, s'aggrave, se plaint plus, et s'interroge sur la façon dont elle va s'en sortir. "Je n'ai jamais été aussi bas ; enfin à chacun son boulet". On la met dans une chambre à un lit. Les deux derniers jours, elle devient agressive en particulier vis à vis des infirmières qui se relaient pourtant à son chevet. Elle ne veut pas qu'on la mette dans son lit sauf la nuit, et demeure tout le temps dans un siège à côté du lit. Elle dit "Je ne veux pas mourir, mon fils a encore besoin de moi. Je ne veux pas étouffer. Je fais comme Madame P., exactement comme elle. Je ne veux pas rester dans cette chambre, je veux aller chez moi". Elle nous regarde droit dans les yeux en parlant, guettant nos réactions.

Puis : "Faites quelque chose... On m'en veut". Elle décède au bout de quelques jours.

Cette succession d'observations montre l'angoisse qu'un entretien peut faire naître dans une chambre à plusieurs lits (chez Madame D. en particulier).

D'une façon générale, on peut dire que les malades avec qui on a des entretiens régressent moins, sont moins déprimés, moins anxieux, et sont parfois améliorés sur le plan clinique alors que leur décès semblait imminent aux yeux de l'équipe.

7 - Ce qui importe surtout, c'est de ne pas abandonner le malade, qu'il sente une présence, qu'il puisse établir une bonne relation avec quelqu'un. Dans les cas de mort de maladie aiguë, dire simplement au

malade "Je suis là", peut le réconforter.

On peut se demander si c'est au médecin de tenir ce rôle et s'il n'entre pas en compétition avec le prêtre. Peut-être qu'en s'occupant ainsi du mourant qui est un échec pour lui, le médecin veut "récupérer" la mort du malade puisqu'il ne peut l'empêcher. Il abandonne son rôle de guérisseur, mais tâche de satisfaire son besoin de puissance en maintenant son pouvoir d'intervention.

"Toutefois, il serait peut-être plus exact de dire qu'il récupère la vie jusqu'à la mort, mort dont pas plus qu'un autre il ne saurait se débarrasser. Le thérapeute renonce à guérir (fantasme en rapport avec l'idéal du moi) pour continuer à soigner (en rapport avec une relation d'objet). A ce titre, on peut dire que l'activisme biologique auprès des mourants se rapporte plus au guérir qu'au soigner, et qu'il peut servir de véhicule à une agressivité bien inconsciente d'ailleurs. Le problème en définitive consiste à pouvoir être ou essayer d'être relationnel".
(Dr J. PELLET).

D'autre part, au cours d'entretiens avec le prêtre ou la femme de service qui ne sont pas investis de pouvoir thérapeutique, le malade peut, parler plus facilement car il n'est pas agressif contre eux, alors qu'il risque de l'être contre le médecin qui ne le guérit pas. Mais il ne peut pas se permettre de montrer cette agressivité contre le médecin lors d'un entretien avec lui car il a besoin du thérapeute. Comme nous l'avons dit, la dépression pourrait provenir en partie de ce qu'il est frustré de ne pouvoir exprimer cette agressivité et qu'il la transforme en autoagressivité.

En fait la solution est simple. Il suffit que le mourant ait la possibilité de parler à la fois au prêtre, au médecin, à l'infirmière et à sa famille.

D'une part, on remarque qu'il ne leur dit pas la même chose donc que ces échanges sont complémentaires, d'autre part, il choisira souvent une de ces personnes comme interlocuteur plus électif. L'essentiel, répétons le, est qu'on ne l'abandonne pas et finalement, n'importe qui peut être là.

b) Difficultés de ces entretiens

1 - Ces difficultés sont d'abord matérielles

- s'il s'avère nécessaire de répéter les entretiens deux ou trois fois par semaine, il se pose un problème de temps, surtout si plusieurs malades agonisent simultanément. Dans certains services où il y a presque un décès par jour, on est submergé et on ne s'occupe bien d'aucun malade à moins d'être aidé par le reste de l'équipe. Le temps ainsi utilisé n'est pas consacré aux problèmes psychologiques des autres malades (cf. cas n° 42).

- dans une chambre à plusieurs lits, l'angoisse diffuse facilement (cf. cas n° 66). D'autre part, on peut remarquer que l'angoisse diffuse beaucoup moins lors d'un entretien avec un mourant dans un service de physiologie, où les autres occupants sont des tuberculeux en relative bonne santé, que dans un service de cancérologie où la plupart des malades ont des récidives incurables.

Il apparaît ainsi que les mourants parlent moins souvent de la mort s'il y a d'autres malades dans la chambre.

Surtout, une psychothérapie n'est pas envisageable dans une chambre commune, ce qui explique le peu de matériel exprimé dans beaucoup d'observations, le malade, en France, n'étant mis dans une chambre seule qu'au dernier moment pour des raisons de places insuffisantes et il serait souhaitable que l'on puisse voir le mourant isolément ; mais on risque de se heurter à sa peur de la solitude en le mettant dans une chambre

à un lit. Dans ce cas, on peut essayer de tourner la difficulté en faisant amener le malade dans une salle où il soit seul avec le médecin, si c'est possible, ou en essayant de le voir à un moment où les autres malades de la chambre sont absents.

- Il est difficile de converser avec des malades étrangers, ceux atteints d'un cancer ORL qui ne parlent pas, ou les malades dyspnéiques. D'autre part, certains cancéreux émettent une odeur désagréable qui rend leur voisinage pénible.

- La présence de la famille que l'on autorise à venir sans restriction d'horaire peut être gênante.

- La difficulté d'appréciation du pronostic peut gêner tant pour le dire à la famille que pour envisager le déroulement des entretiens.

- Lors de leur visite, le chef de service ou l'assistant qui ne voient le malade que quelques minutes minimisent systématiquement la gravité de l'état du malade. Quand, par exemple, on commence à envisager avec une malade ayant des métastases pulmonaires, sa fin prochaine, que sera le devenir de ses enfants, car celà la soucie, etc... et que le patron passe le lendemain et dit, en tapant familièrement sur l'épaule de la malade, "ce n'est rien, c'est une bonne grippe", on se trouve dans une situation délicate car on peut difficilement expliquer au malade que le patron se trompe ou ment.

- L'intrication du rôle de médecin organiciste et "psychothérapeute" n'est pas toujours souhaitable, et il peut être préférable pour certains malades qu'ils soient sous une autre responsabilité médicale que celle de la personne avec qui ils ont des entretiens.

- Le manque de formation psychologique du médecin n'est pas une difficulté réelle puisque, nous l'avons vu, les interventions sont souvent fort simples. Dans plusieurs universités américaines, les étudiants en médecine et les infirmières ont un enseignement

consacré à l'abord du mourant. En France, la mort est rayée de l'enseignement médical. D'ailleurs, plus que d'un manque de formation, on peut parler d'une déformation de l'esprit par les études car l'idéal inculqué est de "guérir" bien plus que de "soigner".

- Si on commence à s'occuper d'un malade de façon approfondie, on se trouve en état de dépendance à son égard. Par exemple, il est difficile de partir en congés au moment où l'on sait qu'il risque de décéder.

Peut-être y a-t-il derrière cette attitude des phantasmes de toute puissance avec la pensée magique que le malade ne mourra pas si on reste à ses côtés.

2 - En fait, ce sont les difficultés psychologiques qui sont les plus importantes.

- Avant tout, le médecin a peur devant ces malades qui le mettent en échec et qui réveillent en lui l'angoisse de mort. Devant ces malades, on se sent coupable d'être sain, de ne pas les guérir, de leur mentir, et aussi coupable de ne pas réfléchir à sa mort et de "se divertir" alors que le mourant montre "Voilà où tu vas".

"J'ai été ce que vous êtes, vous serez ce que je suis"
(Inscription relevée sur une pierre tombale).

- Pour un médecin somaticien, un malade pour qui on ne peut plus rien n'est plus intéressant, alors qu'on peut encore beaucoup pour lui. D'une façon égoïste, on s'intéresse plus aux malades qui donnent de bons résultats, qui sont gratifiants. Or ...

- Ces malades sont frustrants car ils meurent toujours. En plus, il arrive qu'au cours des entretiens, la famille désire emmener le malade, interrompant le travail commencé. Néanmoins, si on a un sentiment d'inutilité en s'occupant de ces malades, ils le sentiront et la relation ne sera pas bonne.

- Quand le malade met longtemps à mourir, et certaines agonies durent un ou deux mois, sa relation avec le médecin et la famille se détériore si elle a été trop fusionnelle car les interlocuteurs s'épuisent et ne peuvent maintenir cette relation. C'est là surtout que le médecin doit soutenir la famille.

D - Entretiens avec la Famille

Ils doivent être systématiques et avoir lieu au minimum une fois. Ils permettent :

- a) de savoir, parfois, le degré de connaissance de la mort qu'a le malade, encore que la famille puisse se tromper.
- b) d'apprécier la qualité des relations intrafamiliales.
- c) de soutenir la famille en lui permettant d'exprimer son chagrin, son agressivité possible vis à vis du mourant, sa lassitude, son désir d'en finir vite etc..., et d'envisager l'avenir.
- d) d'examiner les diverses attitudes possibles envers le malade, car le conjoint est souvent celui qui le connaît le mieux. C'est en partie à lui de réfléchir, par exemple, s'il vaut mieux dire ou taire le pronostic au patient.
- e) de faire évoluer l'attitude de la famille si elle ne semble pas adéquate.

Voir la famille une minute entre deux portes en lui conseillant "Surtout ne lui dites rien, ou dites lui que ce n'est qu'une chose bénigne" n'est pas une attitude valable de la part du médecin. Mais là encore, il faut du temps.

E - L'équipe Hospitalière

a) Citons d'abord quelques réactions observées au cours de ce travail.

- Dans un service où je vais m'informer, une infirmière d'un air méfiant, dit "Vous n'êtes pas drôle, vous". Un autre infirmier : Soupir. "C'est difficile". Soupir. "Oh là là". Air accablé.

- Dans un service d'urgence où je demande un entretien avec une infirmière. "Je ne peux pas car je suis enroutée, ou

seulement dix minutes. Repassez dans trois ou quatre heures.
(C'est à dire à deux heures du matin car il est vingt deux heures).

- Les infirmières d'un service où je prescris du Tofranil à un mourant : "Mais vous voulez le tuer, vous l'assassinez."

- Auprès des médecins, l'entreprise apparaît souvent bizarre voire malsaine pour certains.

b) L'attitude du Chef de Service

Il ne sera pas là lors de la mort du malade. Il ne le voit qu'une fois par semaine un bref instant. Comme nous l'avons vu, si le malade l'interroge, il s'en tire par une pirouette :

- "ce n'est qu'une bonne grippe".
- "Allons, allons, on ne meurt pas si facilement".
- il demande un examen complémentaire.
- souvent même, il ne va pas voir le malade lors de sa visite, sous prétexte de lui "ficher la paix", traduire dans la réalité : le laisser crever dans sa dépression et son anxiété.

c) L'attitude habituelle du médecin et de l'interne :
démissionne à tour de bras, laisse tout retomber sur l'infirmière.

d) L'infirmière et la femme de service

Elles éprouvent aussi des difficultés comme le montrent les statistiques citées plus haut et l'inquiétude des stagiaires infirmières. Il arrive que l'infirmière se réfugie derrière le médecin (et vice-versa) ou derrière la technique alors que celle-ci pourrait servir d'introduction à un entretien.

L'attitude varie suivant les services, de l'abandon (rarement) à une attitude d'écoute attentive. Ce sont souvent elles qui s'intéressent le plus au malade et qui portent tout le poids de la relation avec lui. Leur action est limitée par l'attitude du médecin, évasive ou même imposant le mensonge, et par qui elle ne se sentent pas épaulées dans leur travail auprès du mourant. Souvent, si le médecin porte de l'intérêt au mourant, l'infirmière, par identification au thérapeute, s'y intéressera plus, elle aussi.

Madame BOISSEAU-LUDWIKOWSKI parle du couple médecin-infirmière où l'infirmière est à la fois messagère de la mort, puisque c'est elle qui appelle le médecin lorsque le malade meurt, et déléguée auprès de la mort par le médecin.

e) Les aumôniers

Leur action dépend de leur personnalité et du degré de croyance du malade. Souvent ils passent systématiquement voir tous les malades pour que leur venue auprès d'un mourant ne soit pas synonyme de mort. ~~Ce dernier les questionne de mort.~~ Quand ce dernier les questionne sur la proximité de la mort, ils répondent habituellement "Je ne sais pas", ou se réfugient derrière les médecins.

Ils reconnaissent être désarmés devant les états d'angoisse importante. Un aumônier rapporte le cas d'un de ses collègues et d'une religieuse qui, se sachant atteint d'une maladie mortelle, refusèrent l'extrême-onction, car ils gardaient espoir de guérir, au fond d'eux-mêmes.

f) Au total, nous voyons donc qu'il est important que l'équipe ait :

- 1 - une attitude homogène, et que ses membres ne se contredisent pas.
- 2 - une attitude complémentaire de l'aumônier au médecin, donnant au malade des possibilités de communication différentes.
- 3 - qu'elle ne soit pas cloisonnée, chacun tenant l'autre au courant des problèmes du mourant y intéressant ainsi cet autre. En plus, si toute l'équipe s'intéresse à ces malades, on peut consacrer plus de temps à chacun d'eux.

Donc des réunions de service sont souhaitables pour parler ensemble des patients mourants, de l'image que les soignants ont de la mort, de lutter contre la dépression due à la perte permanente des malades.

En conclusion, nous citerons PATRY qui dit que, sur le plan psychologique, une mort est normale si toutes les possibilités constructives de communication ont été utilisées, et les

conseils de CHANDLER :

- être toujours disponible (à écouter, etc...)
- être toujours disponible à rétablir en partie la perte continue d'objet du patient.
- être toujours disponible à ne pas être manipulé par le patient.

F - Les Psychothérapies

a) Technique

Nous parlons ici de traitements nécessitant la présence d'un psychothérapeute, qu'il s'agisse soit d'entretiens, soit de psychothérapie d'inspiration psychanalytique, soit de psychanalyse en règle, mais qui se différencient des traitements habituels parce qu'ici leur durée est limitée dans le temps et parce que le patient connaît souvent l'imminence de sa mort et sa cause. Les psychanalyses en règle n'ont eu lieu que chez des malades présentant une maladie mortelle lors d'une analyse en cours, ou commencées que lorsque l'espérance de vie était supérieure à un an.

Les psychiatres américains se sont intéressés aux mourants depuis de nombreuses années, à la différence des psychiatres français qui se contentent le plus souvent de théoriser sur la mort.

Les indications de telles psychothérapies sont surtout les malades présentant une dépression et une anxiété importante, avec parfois un risque suicidaire, ne cédant pas à des entretiens banaux. Par exemple, nous avons vu que devant l'anxiété importante qu'éprouvent certains malades, on ne peut qu'essayer de les rassurer, et leur garantir que tout ce qui est possible a été fait, mais ceci est souvent insuffisant.

b) Les inconvénients de ces traitements sont surtout :

1 - Le manque de temps.

En effet, alors que des gens sains physiquement, ayant une longue espérance de vie, devant eux, sont sur des listes d'attente de deux ou trois ans pour être pris en analyse, il peut sembler illogique de

s'occuper de gens qui n'ont que quelques mois ou semaines à vivre. Mais il s'agit ici d'une question de qualité et non de quantité. Le but d'une psychothérapie est de résoudre les sentiments du malade envers lui et son passé et de lui donner plus d'indépendance et de force pour faire face à la vie, et le processus de mourir fait partie de la vie. De façon plus générale, on peut dire que toute psychothérapie prépare à la mort.

Il est aussi possible de dire que toute psychothérapie peut avoir pour but de montrer que ce n'est pas parce qu'on est mortel qu'il faut s'empêcher de vivre et d'éprouver du plaisir à vivre.

2 - On peut craindre que si la psychothérapie progresse bien, le malade se sente plus libre et découvre en lui des potentialités qui lui fassent regretter de devoir mourir. Mais comme nous venons de le dire, il devient en même temps plus apte à affronter la réalité.

3 - Le problème de la dépendance

Alors que le malade voit sa dépendance physique augmenter, il se voit aussi comme au cours de toute analyse devenir dépendant du psychanalyste et on pourrait craindre qu'il en souffre. D'autre part, on a quelques remords à placer en situation d'analysé, situation souvent douloureuse, une personne qui est déjà en état d'inconfort physique. L'expérience des auteurs américains semble montrer que le patient le supporte bien et que s'il est facile pour le thérapeute de devenir trop gentil ou d'aller trop lentement par pitié, le malade tire plus de bénéfice si l'analyste se conduit normalement.

Enfin, il est nécessaire de continuer même si le malade s'aggrave. Au cours de la psychothérapie, il faut éviter que le patient ne diminue ses relations avec les autres car cela augmenterait son isolement.

c) Les résultats

Nous avons déjà brièvement décrit certaines psychothérapies et pour plus de détail sur le contenu de ces traitements, nous renvoyons le lecteur aux ouvrages américains marqués d'un astérisque.

En général, le résultat est bon, et quand le malade a pu résoudre ses sentiments de peur, de culpabilité, et de haine, il accepte beaucoup mieux la proximité de la mort. (1)

Il est apparu que la peur de la mort était en partie due à la peur de la castration et, quand la résolution de cette peur peut se faire, l'anxiété du patient diminue beaucoup.

d) Nous consacrerons un paragraphe aux théories d'EISSLER; psychanalyste américain, auteur du livre "The Psychiatrist and the Dying Patient" (Le psychiâtre et le mourant) bien que ses idées ne nous aient pas convaincu, son attitude envers les agonisants nous semblant difficilement réalisable. Néanmoins, il a le mérite d'avoir été un des premiers à s'intéresser à ce problème.

Il insiste d'abord sur l'intérêt qu'il y aurait à étudier la fusion et la défusion, la coopération et la neutralisation de l'instinct de vie et de l'instinct de mort chez le mourant.

Quant à l'attitude vis à vis de ce dernier, il estime qu'il faut d'un côté reconnaître la gravité de la situation. Il est peu important que le patient sache consciemment ou non qu'il doit mourir car quelque part en lui, il le sait. Le psychiâtre ne doit donc pas se conduire comme avec quelqu'un atteint d'une maladie bénigne.

(1) - Nota

WEISSMANN et HACKETT posent, comme conditions pour une mort idéale :

- la réduction des conflits
- la comptabilité avec l'égo idéal est obtenue
- la préservation ou la restauration de la continuité des relations importantes avec autrui.
- la consommation des désirs ou des phantasmes est faite.

D'un autre côté, le psychiatre doit avoir comme conviction que le patient est immortel. La nécessité de maintenir en même temps ces attitudes contradictoires peut sembler difficile mais l'égo est habitué aux attitudes contradictoires et doit être capable de supporter un certain degré d'irrationalité. Il faut ici utiliser cette capacité de l'égo dans un but rationnel : face à la conviction du patient d'être immortel, l'égo du psychiatre va utiliser ce souhait primitif et cette conviction qui sont une part refoulée de sa propre personnalité ; face à la pitié et à la tristesse, il ne niera pas l'indéniable.

Il ajoute que le psychiatre doit créer une situation où il puisse donner le "juste don" (the right gift) qui est vécu comme un symbole, quand il s'est formé avec le malade un transfert positif. Il faut donc éviter absolument le moindre transfert négatif, le patient devant avoir depuis le début, l'impression qu'il peut s'appuyer totalement sur le psychiatre et que celui-ci peut l'aider de façon illimitée. Le psychiatre ne doit donc pas attendre que le patient verbalise ses désirs mais doit les accomplir de façon inattendue, à la surprise du patient. Si l'on devance ses souhaits, le patient n'a pas l'impression d'être seul mais d'appartenir à quelqu'un d'autre. Ceci lui évite la solitude.

Quand le don sera vécu par le patient comme si le psychiatre lui donnait une partie de sa propre vie, l'effrayante pensée d'être sélectionné par la mort quand la vie continue ailleurs se transformera en un "dying together" (mourir ensemble) ce qui diminue la douleur de la mort ou la transforme même en une renaissance, c'est-à-dire transforme la réalité de la mort en son opposé.

Il termine en définissant l'orthothanasie, qui doit être une synthèse du passé de l'individu et du sens objectif de la mort, en considérant sa personnalité, son passé, son état biologique, son sens du futur, sa culture, ses responsabilités envers ses contemporains et ses descendants.

Ces théories sont intéressantes mais on peut regretter

CONCLUSIONS

Cette étude n'est qu'une introduction à l'abord de l'agonisant. Elle nous a permis, à partir d'une centaine d'observations, de voir sa régression, sa dépression, son anxiété et de constater que l'entourage en est en partie responsable.

Nous avons vu aussi les moyens de défense utilisés contre l'anxiété et la dépression, surtout la négation tant est grande notre peur de cette réalité qu'est la mort, et ancrée dans notre inconscient notre conviction d'être immortel. Il faut respecter ces moyens de défense.

Il y a encore beaucoup à dire car de nombreux points n'ont été qu'effleurés : les troubles du schéma corporel, les phantasmes, le rapport activité/passivité chez le mourant, la mort du médecin etc... et beaucoup à faire en ce qui concerne l'attitude "idéale" des soignants et leur formation. En effet, nous avons essayé ensuite de voir quelle serait l'attitude qui permettrait de mieux aider ces malades et de remédier en particulier à l'état de délaissement moral dans lequel se trouvent les agonisants à l'hôpital, état qui hâte leur fin ou la rend plus pénible.

Prétendre que le médecin doit s'occuper des mourants n'est pas entrer en compétition avec le prêtre mais les deux rôles sont complémentaires et peuvent concourir à diminuer la dépression et l'anxiété.

Cette étude espère donc inciter les médecins à s'occuper davantage des mourants, travail d'autant plus intéressant pour le thérapeute qu'il est confronté à la nécessité de connaître ses propres problèmes devant la mort.

B I B L I O G R A P H I E

Les articles les plus intéressants en rapport avec le sujet de cette thèse sont marqués d'un astérisque.

1. ABRAMS R., JAMESON G., POEHLMAN M., SNYDER S.
Terminal care in cancer
The New England Journal of Medicine Vol 232, n° 25,
June 21, 1945, p. 719-724
2. AITKEN - SWAN J. : Nursing the late cancer patient at home
The Practitioner Vol 183 July 1959 p. 64-69
- 3.*ALDRICH C.K. : The Dying Patient's Grief
JAMA Vol 184, n° 5 May4, 1963 p. 329-331
4. ALVAREZ W. : Care of the dying
JAMA Vol 150, n° 2 Sept. 13, 1952 p. 86-91
5. ARIES Philippe : La mort inversée
Sociologie Tome VIII 1967, n° 2 p. 169 à 195
6. LE BARDO THODOL : (Livre des morts thibétain).
Librairie d'Amérique et d'Orient, 1970 1 Vol 227 p.
Adrien MAISONNEUVE 11, rue St Sulpice Paris (VIe)
7. BATAILLE Georges : L'érotisme n° 221-222 Collection 10-18
1 Vol 310 p. (1965)
8. DE BEAUVOIR Simone : Une mort très douce
1 Vol. 157 p. n° 2747 Collection Le livre de poche
(1970) 6, Av. Pierre 1er de Serbie Paris
9. BERNARD Jean : Le médecin au chevet des cancéreux
Cahiers Laennec 12, rue d'Assas Paris (VIe)
Octobre 1957, n° 3 p. 31-44

10. *BIEGLER J. : Anxiety as an Aid in the Prognostication of
Impending Death
A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry Vol 77,
Feb, 1957 p. 171-177

11. BLUESTONE H. et Mc GAHEE C.
Reaction to extreme stress : Impending Death by
execution
The American Journal of Psychiatry Nov 1962
p. 393-396

12. BOISSEAU LUDWIKOWSKI L.
La vocation médicale ou la mort dans l'âme
Perspectives psychiatriques n° 28 2-1970 p. 13-24

13. BOULANGER
Le psychisme des mourants Thèse Lyon 1898
se trouve à la bibliothèque municipale de Lyon

14. *BRODSKY B.
Liebestod Fantasies in a patient faced with a
fatal illness
The Internation Journal of Psychoanalysis Vol 40
1959 p. 13-16

15. *BURLOUX G.
Attitude psychothérapique du médecin praticien
devant la mort
Revue thérapeutique Band 27, 1970, Heft 2 p. 75-77

16. BURNER M.
Le psychiatre, le psychothérapeute et la mort
Psychologie médicale, 1970, 2, 3 p. 371-372

17. CAPPON D.
The Dying
Psychiatric Quarterly 1959 33 July 466-489

18. CAPPON D.
Attitude of and Toward the Dying
Canad. Med. Ass. J Sept 29, 1962 Vol 87 p. 693-700

19. CAPPON D.

The Psychology of Dying
Pastoral Psychology 1961, 12 Février p. 35-44

20. *CHANDLER K.

Three processes of dying and their behavioral effects
Journal of Consulting Psychology 1965, Vol 29,
n° 4 p. 296-301

21. CONCOURS MEDICAL

Les parents devant la mort d'un enfant
13-111 1971 93-11 p. 1874-1883

22. *CRAWMOND W.A.

Psychotherapy of the Dying Patient
British Medical Journal 15 August 1970 p. 389-393

23. DAVID - NEEL Alexandra

Mystiques et magiciens du Tibet
1 Vol 318 p. Editions Plon - 1968

24. *THE DYING PATIENT de BRINN, FREEMAN, LEVINE, SCOTCH

1 Vol. Russel Sage Foundation 230, Park Avenue
New-York 10.017

25. EASSON W.

Care of the young patient who is dying
JAMA, July 22, 1968 Vol 205, n° 4 p. 63-67

26. *EISSLER K.

The psychiatrist and the dying patient
1 Vol 338 p. International Universities Press
1955 (Réédité en 1969) 239, Park Avenue South
New-York 10.003

27. ELLARD J.

Emotional reactions associated with death
The Medical Journal of Australia Vol 1 n° 23,
June 8, 1968 p. 979-983

28. FREUD Sigmund

Au-delà du principe de plaisir

29. GUILLAUMIN J.

Origine du développement du sentiment de la mort
in : La mort et l'homme du XX^e siècle
Convergences, Spes Editions.

30. GUYOTAT J.

Médecin, Malade et Mort.
Psychologie médicale 1970, 2, 3 p. 337-343

31. ~~H~~HINTON J.M.

The physical and mental distress of the dying
Quarterly Journal of Medicine, New Series.
XXXII, n° 125, January 1963 p. 1-21

32. HUTCHNECKER A.

Ce que j'ai observé aux chevets des mourants.
Tonus n° 77 et 78 (Winthrop, 12-14, rue de l'Eglise,
Paris XVI^e)

33. ISRAEL L.

Le médecin face au malade
1 Vol 338 p. 1968 Collection psychologie et
sciences humaines n° 25 Edition Dessart.

34. KLEIN J.P.

Le médecin immortel et le psychiatre sain d'esprit.
Perspectives psychiâtriques n° 28 2-1970 p. 25-36

35. KRAM C. et CALDWELL J.

The Dying Patient
Psychosomatics Sept-October 1969 Vol X p. 293-295

36. LAMA GOVINDA

Le chemin des nuages blancs.

37. LANDSBERG

Essai sur l'expérience de la mort
Paris, Le Seuil 1951

38. ~~L~~LEE SHAN, LAWRENCE et GASSMANN M.

Some observations on psychotherapy with patients
suffering from neoplastic disease
American Journal of Psychotherapy 1958, 12, Oct,
723-734

- 39.*LEE SHAN, LAWRENCE L. et EDA LEE SHAN
Psychotherapy and the patient with a limited life span.
1961, Psychiatry, 24 (November) p. 318-323
40. LESAGE DESROUSSEAU E.
L'annonce au malade de sa mort prochaine
Thèse Medecine Nancy 1967 n° 35
41. LEPP F.
La mort et ses mystères Grasset Paris 1966
42. MARIE-CARDINE M.
Le médecin face au mourant
Psychologie médicale 1971, 3, 1 p. 49-54
43. MARIE-CARDINE M.
Le médecin, la mort et le mourant
Cahiers médicaux lyonnais Vol 47, n° 26
3 Sept 1971, p. 2877-2882
- 44.*MARSHALL J., GENE M. ABROMS et MILTON H. MILLER
The doctor, the dying patient and the bereaved
Annals of internal Medicine Vol 70, n° 3
March 1969 p. 615-620
45. MARTINERIE Andrée
Quand finira la nuit (Roman).
46. MEHL R.
Le vieillissement et la mort
1 Vol 137 pages Presse Universitaire de France
Paris 1956
47. MOOR L.
Le médecin face à un patient atteint d'une maladie mortelle
Concours médical 16-1-1971 93-3 p. 379-383
- 48.*PATRY F.
A psychiatric evaluation of communicating with the dying
Diseases of the nervous system 1965, 26, Novembre
p. 715-718

49. PHILIPPE Anne

Le temps d'un soupir - Le livre de poche (1969)
n° 2690

50. POROT H.

Le médecin face au mourant
Psychologie médicale 1970, 2, 3 p. 355-361

51. REBOUL Hélène

Les conduites funéraires chez le vieillard
Ecole pratique des hautes études - VIe section.
Sciences économiques et sociales 1968 Paris

52. REBOUL H.

L'image de la mort et le vieillissement
Thèse de 3ème cycle Paris VII
Juin 1971, 264 p.

53. *ROSENTHAL H.

Psychotherapy for the dying
American Journal of Psychotherapy 1957, 11, Juillet
p. 626-633

54. SANDORAMA

n° 21-22 La mort en tant que donnée au psychiatre
(Laboratoires Sandoz)

55. *SAUL J.

Reaction of a man to natural death
Psychosomatic Quarterly 1959, 28, Juillet
p. 383-386

56. SOLJENITSYNE

Le pavillon des cancéreux (Le livre de poche)

57. STEWARD I.

Suicide : the influence of organic disease
The Lancet Oct. 22, 1960 p. 919-920

58. TELEVISION 1ère chaîne

Emission du 17.1.1972
La psychologie des cancéreux

59. TELE MEDECINE

Semaine du 17.1.1972. Serait ce la mort ? p. 17-19

60. TELE MEDECINE

Semaine du 24.1.72. Flash-back : la psychologie
des cancéreux p. 34-36

61. TELE MEDECINE du 9 octobre 1971

Le médecin, le malade et la vérité p. 5-27

62. TELE MEDECINE du 2 avril 1972

La mort ou la vie p. 29-31

63. THURMOND C.

Last thoughts before drowning
Journal of abnormal and social psychology
1948-38 Avril 165-184

64. TOLSTOI L.

La mort d'Yvan ILLICH
1 Vol 90 p. n° 366 Le livre de poche

65. TONUS

n° 490 13 décembre 1971
Ce que les ressuscités ont éprouvé en mourant
92-98 Bld V. Hugo, Clichy 92

66. VERNICK J., KARON M., BETHSEDA

Who's Afraid of Death on a leukemia ward ?
American Journal of Disease of Children
Vol 109, May 1965 p. 393-397

67. VUILLEMIN

Essai sur la signification de la mort
1 Vol PUF 1948

68. WEISSMANN A., HACKETT T.

Predilection to death
Psychosomatic Medicine Vol XXIII n° 3 1961
p. 232-256

69. YANKELEVITCH V.

La mort
1 Vol 426 p. Flammarion (1966)

70. ~~Y~~YOUNG W.

Death of a patient during psychotherapy
Psychiatry 1960, 23, Février p. 103-108

71. YUDKIN S.

Children and Death
The Lancet 1967, 1, January 7, p. 37-41

72. ZELIGS R.

Children's attitudes toward death
Mental Hygiene 1967, 51, Janvier, p. 393-396

73. L'Hôpital, ce Mordier

(Beetschen, Carel, Graber, Maritan) paru chez
Maspero sous le titre "Hôpital, Silence, Répression).

T A B L E d e s M A T I E R E S

INTRODUCTION	2
REFLEXIONS SUR LA NOTION DE MORT DANS LA SOCIETE OCCIDENTALE	3
LES MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT CHEZ LE MOURANT	4

I - LA REGRESSION

A - <u>Ses manifestations</u>	5
a) Le malade appelle sans arrêt. Il devient tyrannique. Cas n° 1 - 2 - 3.	
b) Le malade devient sale. Cas n° 4 - 5.	
c) Le malade se met en colère.	
d) Le malade s'abandonne totalement au médecin. Cas n° 6	
e) Le malade appelle sa mère avant de mourir. Cas n° 7	
B - <u>Les Causes de la régression</u>	11
a) La maladie	
b) L'état de dépendance Cas n° 8	
c) L'environnement 1 - l'hôpital 2 - l'énorme structure d'un service d'urgence 3 - l'attitude de l'entourage	

- d) Le malade n'a plus d'énergie à investir dans le surmoi
- e) L'angoisse
- f) La menace de la dépression

II - LE REPLIEMENT SUR SOI 15

A - Description 15

Cas n° 9 - 10 - 11 - 12 - 13 -
14 - 15

B - Les causes du repli sur soi 21

- a) La cause la plus importante est la dépression
- 1 - exemples

Cas n° 16

- 2- causes de la dépression
 - la perte : perte de soi...
perte des relations avec les autres
 - la connaissance de la mort

Cas n° 17 - 18 - 19 - 20 - 21 -
22 - 23 - 24 - 25

- la détresse physique et la durée de la maladie
- l'anxiété
- l'attitude de l'entourage :
le mensonge
- .arguments pour la vérité
- .arguments contre la vérité

Cas n° 26 - 27 - 28

- l'expérience de la mort pour le médecin et l'entourage

Cas n° 29 - 30

- la solitude du malade

Cas n° 31 - 32

- 3 - le suicide ou le désir de mourir

Cas n° 33 - 34 - 35

- 4 - l'anorexie

- b) Autres causes de repli sur soi :
l'épuisement et la perte des sens

1 - l'épuisement

Cas n° 36

2 - la perte des sens

Cas n° 37

3 - l'inconscience

c) La maladie est une blessure narcissique

Cas n° 38

d) La régression

C - Nouvelle répartition de l'énergie libidinale 41

a) en fonction de la maladie mortelle chronique ou aigüe

Cas n° 39

b) en fonction du temps

Cas n° 40

c) en fonction de la personnalité

Cas n° 41 - 42

III - L'ANXIÉTÉ 47

A - Manifestations 47

Cas n° 43 - 44

B - Causes de l'anxiété 53

a) Les symptômes

b) L'environnement

1 - l'attitude des médecins...
de la famille

2 - le besoin frustré d'un médecin tout-puissant

3 - le soir

4 - la peur de ne pas être écouté
ou compris

5 - la peur d'être dépendant, à charge

6 - la peur de l'abandon

Cas n° 45 - 46

- c) la peur de la mort prochaine
 - 1 - la mort
 - 2 - le processus de mourir
 - 3 - la contagion de la mort
 - 4 - l'absence d'anxiété chez les malades prédisant leur mort
- Cas n° 47 - 48

C - Conséquences de l'anxiété 59

- a) Elle permet d'établir un pronostic
- b) Elle se transmet à l'entourage
- c) Elle est une des causes de la dépression et de la régression
- d) Elle suscite chez le malade des mécanismes de défense

IV - PROCESSUS DE DEFENSE CONTRE L'ANXIETE ET LA DEPRESSION 60

A - La régression 60

B - La négation 60

Cas n° 49 - 50 - 51

C - La réunion avec un être aimé 63

Cas n° 52 - 53 - 54 - 55

D - Revoir sa vie, revoir une situation ancienne dangereuse dont on est venu à bout 66

- a) Revoir sa vie

Cas n° 56

- b) Revoir une situation dangereuse

E - <u>Le délire</u>	67
Cas n° 57	
F - <u>Le don</u>	70
G - <u>Sauter la hiérarchie</u>	70
H - <u>Etablir une relation d'objet partiel avec soi-même</u>	70
Cas n° 58	
I - <u>Le "syndrome du Minotaure"</u>	70
J - <u>Processus de défense chez les condamnés à mort</u>	70
a) La négation	
b) L'obsession	
c) La projection	
V - <u>DIVERS ELEMENTS INFLUANT LES COMPORTEMENTS DECRITS</u>	72
A - <u>La classe sociale, le sexe, le célibat, le niveau intellectuel</u>	72
B - <u>La religion</u>	72
C - <u>L'âge</u>	72
a) Les gens de moins de 50 ans	
b) Les enfants	

VI - DEFINITION DE L'AGONIE	73
A - <u>Pour le bien-portant, elle évoque souvent la violence</u>	73
B - <u>En fait</u>	73
a) L'agonie se situe dans le temps par rapport à la mort	
b) Elle a une durée indéterminée	
c) C'est un phénomène dynamique	
C - <u>Définition</u>	74
 RELATIONS THERAPEUTIQUES AVEC LES MOURANTS	 75
A - <u>Soigner les symptômes</u>	75
B - <u>Les médicaments psychotropes</u>	75
a) Les anxiolytiques	
b) Les antidépresseurs	
C - <u>Les entretiens avec le malade</u>	75
a) Déroulement	
1 - c'est en grande partie le malade qui décide le moment	
2 - il est indispensable d'avoir au moins un entretien	
Cas n° 59 - 60 - 61 - 62	
3 - au cours de ce premier entretien, l'attitude essentielle est une attitude d'écoute... On peut tendre une perche...	
4 - il est important dans la plupart des cas de répéter ces entretiens	

5 - il est nécessaire de respecter les mécanismes de défense de laisser le malade montrer ses sentiments

6 - aborder ces entretiens sans idée préconçue... ne jamais se presser

Cas n° 63 - 64 - 65 - 66

7 - ce qui importe surtout, c'est de ne pas abandonner le malade

b) Difficultés de ces entretiens

1 - ces difficultés sont d'abord matérielles

2 - en fait, ce sont les difficultés psychologiques qui sont les plus importantes

D - Les entretiens avec la famille 90

E - L'équipe hospitalière 90

a) Quelques réactions des infirmières

b) L'attitude du chef de service

c) L'attitude habituelle du médecin

d) L'infirmière et la femme de service

e) L'aumônier

f) Points importants

F - Les psychothérapies 93

a) Technique

b) Les inconvénients

c) Les résultats

d) Les théories d'EISSLER

CONCLUSIONS 97

BIBLIOGRAPHIE 98

Vu le Directeur de l'UER Sud Ouest

Professeur F.TOLOT

Le Président de la thèse

Professeur P.GIRARD

Vu et permis d'imprimer, LYON, le 11-9-72

Le Président de l'Université Claude Bernard

Pour le président, le Premier Vice-Président

Président du comité de Coordination des études médicales

Professeur R.TOURAINE.

